



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sari Yliaho

KUOLEVAN POTILAAN
KIVUN HOITO
SAIRAANHOITAJAN KUVAAMANA

Sosiaali- ja terveysala

2014

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

| | |
|--------------------|---|
| Nimi | Sari Yliaho |
| Opinnäytetyön nimi | Kuolevan potilaan kivun hoito sairaanhoitajan kuvaamana |
| Vuosi | 2014 |
| Kieli | suomi |
| Sivumäärä | 60 + 3 liitettä |
| Ohjaaja | Päivi Autio |

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä laadullinen tutkimus Vaasan kaupunginsairaalan eräälle pitkäaikaisvuodeosastolle, jossa hoidettiin myös saattohoitopotilaita. Tutkimuksen aihe tuli toiveena työelämästä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kuolevan potilaan kivun hoidosta, sen haasteista sekä kehittämisestä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata, kuinka sairaanhoitajat arvioivat kuolevan potilaan kipua ja kivun hoidon vastetta. Tavoitteena oli saada konkreettista tietoa kuolevan potilaan kivun hoidosta ja kivun arvioinnista sekä saada aikaan pohdintaa, mikä kuolevan potilaan kivun hoidossa on tärkeää ja miten kivun hoitoa voisi kehittää.

Tutkimuksen keskeisimpinä käsitteinä olivat kipu, kivun hoito sekä kuoleva potilas. Lähteinä on käytetty kirjallisuutta, hoitosuosituksia sekä elektronisia lähteitä. Tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastattelua käyttäen helmikuussa 2013 ja kohderyhmänä olivat erään osaston sairaanhoitajat (n=7). Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksesta selvisi, että sairaanhoitajat kokivat, että kuolevilla potilailla esiintyy usein kipuja, mutta perussairaus ja syövän sijainti vaikuttavat kipujen esiintyvyyteen. Kivun hoidossa korostui lääkehoito sekä lääkkeettömistä menetelmistä hoitajan läsnäolo ja kosketus. Sairanhoitajat kuvasivat kivun hoidossa olevan tärkeää kivun tunnistaminen sekä ennakoiminen. Haasteina koettiin potilaiden asenne ja ennakkoluulot kivunhoitoa kohtaan sekä erilaiset tilanteet lääkäreiden kanssa. Sairanhoitajien mielestä kivun hoitoa voisi kehittää hoitajien lisäkoulutusten avulla sekä kipulääkkeen antotavoissa tehtävillä muutoksilla.

| | |
|------------|--|
| Avainsanat | Kuoleva potilas, kipu, kivun hoito, sairaanhoitaja |
|------------|--|

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

| | |
|--------------------|--|
| Author | Sari Yliaho |
| Title | Pain Treatment of a Dying Patient Described by a Nurse |
| Year | 2014 |
| Language | Finnish |
| Pagges | 60 + 3 Appendices |
| Name of Supervisor | Päivi Autio |

The purpose of this bachelor's thesis was to conduct a qualitative research for one of the long-stay wards of Vaasa city hospital, where they also provide terminal care. The topic for this bachelor's thesis was provided by the working life representatives. The purpose of this study was to describe nurses' visions and experiences of dying patients' pain treatment and its challenges and development. The purpose was also to describe how the nurses evaluate the pain of dying patients and the effect of pain treatment. The objective of the study was to get tangible knowledge about the treatment and evaluation of the pain of a dying patient and to raise discussion about what is important in pain treatment and how it could be developed.

The central concepts of this study are pain, pain treatment and dying patient. Literature, current care guidelines and electronic sources were used as sources. The material of the study was collected in February 2013 by using theme-centered interviews and the target group of the study was nurses (n=7) from one of the wards. The study material was analyzed by using inductive content analysis.

The study shows that nurses experienced that dying patients have often pains but the underlying disease and the location of the cancer affected the occurrence of the pain. Pharmacotherapy and some non-pharmacological pain management methods like the presence of a nurse and touching were considered important. Nurses described that recognizing and anticipating pain is important. The patients' attitudes and prejudices towards pain management and different kind of situations with physicians were experienced challenging. In the nurses' opinion pain treatment could be developed by further training and by changing the ways and methods used in giving pain medication.

| | |
|----------|--|
| Keywords | Dying patient, pain, pain treatment, nurse |
|----------|--|

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO..... | 8 |
| 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE..... | 9 |
| 3 KIPU..... | 10 |
| 3.1 Akuutti ja krooninen kipu..... | 10 |
| 3.2 Nosisepitiivinen, neuropaattinen ja idiopaattinen kipu..... | 11 |
| 3.3 Lämpilyöntikipu..... | 12 |
| 3.4 Kivun arviointi ja mittaaminen..... | 12 |
| 4 KIVUN HOITO..... | 13 |
| 4.1 Lääkkeellinen kivun hoito..... | 13 |
| 4.1.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli..... | 13 |
| 4.1.2 Opioidit..... | 14 |
| 4.1.3 Masennus- ja epilepsialääkkeet..... | 15 |
| 4.1.4 Palliatiivinen sedaatio..... | 15 |
| 4.2 Lääkkeetön kivunhoito..... | 15 |
| 5 KUOLEVA POTILAS..... | 17 |
| 5.1 Kuolevan potilaan oireiden hoito..... | 17 |
| 5.2 Saattohoito..... | 18 |
| 5.3 Kuolevan potilaan kipu ja sen hoito..... | 18 |
| 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS..... | 21 |
| 6.1 Tutkimusaineiston keruu..... | 21 |
| 6.2 Tutkimusaineiston analysointi..... | 22 |
| 7 TUTKIMUSTULOKSET..... | 24 |
| 7.1 Kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan kuvaamana..... | 24 |
| 7.1.1 Kipujen esiintyvyys kuolevilla potilailla..... | 24 |
| 7.1.2 Onnistuneen kivunhoidon piirteet..... | 25 |
| 7.1.3 Onnistuneen kivunhoidon edellytykset..... | 27 |
| 7.1.4 Kivun hoidon lääkkeettömät menetelmät..... | 32 |
| 7.1.5 Palliatiivisen sedaation käyttäminen..... | 35 |
| 7.1.6 Kivunhoidon riittävyys..... | 36 |

| | |
|--|----|
| 7.2 Kuolevan potilaan kivun ja kivunhoidon vasteen arvioiminen sairaanhoitajan kuvaamana..... | 37 |
| 7.2.1 Kuolevan potilaan kivun arvointi..... | 38 |
| 7.2.2 Kivun hoidon vasteen arvioiminen..... | 41 |
| 7.3 Kuolevan potilaan kivun hoidon haasteet..... | 42 |
| 7.4 Kuolevan potilaan kivun hoidon kehittäminen..... | 47 |
| 8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 51 |
| 8.1 Tutkimustulosten tarkastelua..... | 51 |
| 8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus..... | 53 |
| 8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet | 57 |
| LÄHTEET..... | 59 |
| LIITTEET..... | 61 |

TAULUKKOLUETTELO

| | | |
|--------------------|--------------------------------------|------|
| Taulukko 1. | Kivunhoitoa edistävät tekijät | s.27 |
| Taulukko 2. | Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät | s.33 |
| Taulukko 3. | Keinot tunnistaa ja arvioida kipua | s.38 |
| Taulukko 4. | Kivunhoidon haasteet | s.43 |

LIITELUETTELO

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Liite 2. Saatekirje osastonhoitajalle

Liite 3. Haastatteluaineiston pelkistäminen ja luokittelu.

1 JOHDANTO

”Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille” todetaan vuonna 2012 julkaistussa Käypä hoito –suosituksessa. Tämän perusteella kuolevan potilaan hoito koskee niin hoitokodeissa, terveyskeskuksissa kuin erikoissairaanhoidossa työskentelevää hoitohenkilökuntaa.

Kuolevan potilaan hoitoa ohjaavat juridiset säännökset, suositukset sekä eettiset ohjeet. ETENE eli valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on julkaissut vuonna 2002 Kuolevan oikeuksien julistuksen, josta korostuu kuolevan ihmisen oikeus hoivaan sekä arvokkuuteen. Julistuksessa lisäksi sanotaan, että kuolevalla ihmisellä on oikeus saada hoitoa, vaikka hoidon tarkoituksena ei olekaan enää parantuminen vaan hyvän elämänlaadun ylläpitäminen, sekä oikeus olla kärsimättä kipua. (Grönlund & Huhtinen 2011, 15-16, 30.) Kuolevan potilaan hoidossa keskitytään oireenmukaiseen hoitoon. Oireenmukaisessa hoidossa kivunhoito on keskeisessä osassa, koska kipu on yksi yleisimmistä oireista. (Käypä hoito 2012.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus kuolevan potilaan kivun hoidosta sairaanhoitajien kuvaamana Vaasan kaupunginsairaalassa. Aihe opinnäytetyölle tuli erään osaston apulaisosastonhoitajalta, joka perusteli aihetta sillä, että kuolevan potilaan kivun hoito on oleellinen osa sairaanhoitajan työtä kyseisellä pitkäaikaisvuodeosastolla. Kiinnostus aiheesta heräsi nopeasti, koska omaa työkokemusta kuolevan potilaan hoitotyössä oli jo hieman ehtinyt karttua. Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan vain kivun hoitoa ja siihen liittyviä tekijöitä. Lähteinä on käytetty alan kirjallisuutta ja lehtiä, Käypä hoito –suositusta, erilaisia oppaita sekä elektronisia lähteitä. Aiempia tutkimuksia on haettu eri tietokantojen avulla, kuten PubMed, CINAHL, ARTO sekä JBI (Joanna Briggs Institute).

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Vaasan kaupunginsairaalan erään vuodeosaston sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kuolevan potilaan kivun hoidosta ja kuolevan potilaan kivun hoidon mahdollisista haasteista sekä kehittämisestä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien tapoja ja menetelmiä arvioida kipua sekä kivunhoidon vastetta.

Tutkimuksen tutkimustehtävät olivat:

1. Millaista on kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan kuvaamana?
2. Kuinka sairaanhoitaja arvioi kuolevan potilaan kipua ja kivunhoitoa?
3. Mitä haasteita sairaanhoitaja kokee kuolevan potilaan kivunhoidossa olevan?
4. Kuinka sairaanhoitajan mielestä kuolevan potilaan kivunhoitoa voisi kehittää?

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa ja selvittää sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, mikä kuolevan potilaan kivunhoidossa on tärkeää, mihin tulee kiinnittää erityistä huomiota sekä mitä haasteita siinä on. Lisäksi tavoitteena oli saada aikaan pohdintaa, mitä kuolevan potilaan kivun hoidossa tulisi kehittää ja millä keinoilla siihen päästäisiin.

3 KIPU

Kipu määritellään Kansainvälisen kivuntutkimusjärjestön IASP:n mukaan seuraavasti:

”Kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, joka liittyy kudosaan tai jota kuvaillaan kudosaan käsittein. Kipuun liittyvät aina henkilön oma kokeminen kivusta, omat kokemukset aikaisemmista kivuista ja kipukulttuuri. Kipu on yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipua ei voi myöskään mitata millään laitteella.” (Koskinen 2012, 363.)

Kipu on fysiologinen ilmiö, joka viestittää mahdollisesta kudosa- tai hermovauriosta. On kuitenkin myös kiputiloja, jotka eivät välttämättä aiheudu vaurioista vaan jostain muusta syystä. Tällöin kivun voi kuitenkin kokea ja aistia. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 7.) Kivun kokemiseen vaikuttavat yksilön aikaisemmat kipukokemukset sekä psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät (Sailo 2000, 30). Kipu voi vaikuttaa yksilön elämään monella tapaa, esim. heikentämällä työ- ja toimintakykyä ja sitä kautta vaikuttaa myös toimentuloon. Lisäksi se voi myös vaikuttaa mielialaan. (Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille 2011, 1-3.)

3.1 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu tarkoittaa äkillistä kipua, joka on yleensä merkki kudosaan synnystä. Kudosaan voi syntyä elinten toimintahäiriöstä tai elimistöön kohdistuneesta vahingollisesta ärsykkeestä. Äkillisen kivun ensisijainen tehtävä on varoittaa elimistöä kudosaan ja estää lisävaurioiden syntyä. Tyypillistä akuutille kivulle on se, että sen syy yleensä tiedetään ja siten sitä voidaan myös hoitaa. (Granström, Elomaa, Estlander & Kallio 2009, 105-106; Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille 2011, 1-3.)

Krooninen kipu taas tarkoittaa pitkäaikaista kipua. Kun kipu pitkittyy yli 3-6 kuukauden kestoiseksi ja mikäli kipu kestää kauemmin kuin kudoksen parantuminen, on kipu kroonista. Toisin kuin akuuttia kipua, kroonista kipua on vaikea hoitaa.

Krooninen kipu saattaa pidemmän päälle aiheuttaa myös psyykkisiä ongelmia, esimerkiksi masennusta. Lisäksi unettomuus on yleistä kroonisesta kivusta kärsivillä. (Granström yms. 2009, 106, 113; Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille 2011, 1-3.)

3.2 Nosisepitiivinen, neuropaattinen ja idiopaattinen kipu

Nosisepitiivisellä kivulla tarkoitetaan kudonsvauriokipua. Tällöin kudoksessa on jokin ärsyke, esim. tulehdus tai kasvain, joka aiheuttaa kudonsvauriota, ja johon kipuhermopäätteet reagoivat. Nosisepitiivinen kipu jaetaan somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattisessa kivussa ärsyke on esim. lihaksessa tai luustossa, kun taas viskeraalinen kipu aiheutuu sisäelimen kipuärsykkeestä. (Hagelberg yms. 2006, 36; Sailo 2000, 32.)

Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermoperäistä kipua, jossa vaurio on hermossa, joka välittää kipua. Yleensä neuropaattinen kipu on kroonista. Tämä onkin ongelmallisin kipu, koska sen hoito vaikeaa ja usein tarvitaan monia eri hoitokeinoja ennen kuin löydetään hyvä tai edes tyydyttävä hoito. Kipu voi aiheutua joko ulkoisesta tekijästä tai sisäisestä vammasta. Ulkoisia tekijöitä ovat esim. leikkauksien komplikaatiot ja sisäisiä esim. kasvaimet. Neuropaattinen kipu jaetaan sijaintinsa mukaan perifeeriseen ja sentraaliseen neuropaattiseen kipuun. Perifeerisellä neuropaattisella kivulla tarkoitetaan ääreishermostoperäistä kipua, esim. diabeetistä neuropatiaa tai kolmoishermostosärkyä. Sentraalinen neuropaattinen kipu puolestaan tarkoittaa keskushermostoperäistä kipua. Tällaisia kiputiloja aiheuttavat esim. MS-tauti ja selkäytimen vamma. (Haanpää 2007; Hermoperäinen eli neuropaattinen kipu 2008; Hänninen 2003,29; Sailo 2000, 33.)

Idiopaattinen kipu tarkoittaa sellaista kipua, jonka syytä ei pystytä löytämään tai selittämään kliinisissä tutkimuksissa. Tällöin kipu ei johdu kudons- tai hermovauriosta. Yksi tavallisimmista idiopaattisista kiputiloista on ärtyneen paksusuolen oireyhtymä. (Hagelberg yms. 2006, 37; Idiopaattinen kipu 2008; Sailo 2000, 33.)

3.3 Lämpilyöntikipu

Lämpilyöntikivuilla tarkoitetaan kipuhuippuja, jotka ylittävät potilaan peruskivun voimakkuuden peruskipulääkityksestä huolimatta. Lämpilyöntikipuja esiintyy usein syöpäpotilailla. Lämpilyöntikipuja voi esiintyä joko ilman erityistä syytä tai ne voivat liittyä esimerkiksi liikkumiseen. Lämpilyöntikivut heikentävät merkittävästi monien syöpää sairastavien elämänlaatua. (Hagelberg yms. 2006, 183; Pöyhiä 2002.)

3.4 Kivun arviointi ja mittaaminen

Koska kipu on kokemuksellinen ilmiö, ei sitä voida mitata millään laitteella. Tärkein keino kivun arviointiin ja mittaamiseen on henkilön oma kuvaus kivusta ja sen voimakkuudesta. Kivun laatua voidaan kuvata sanoilla. Esimerkiksi kipu voi olla jomottavaa, pistävää, terävää, tylppää tai polttavaa. Kipua kokeva henkilö voi kuvata kipuaan esim. antamalla kivulleen numeron 1-10 väliltä, jolloin 1 tarkoittaa ettei hänellä ole lainkaan kipua ja 10 on pahin mahdollinen kipu. VAS-asteikko (visual analogue scale) eli kipujana on yksi yleisesti käytetty kivun voimakkuuden arviointimittari, jossa potilas voi liikuttaa mittarissa olevaa kiilaa janan osoittamalle kivun määrälle. Lisäksi on tehty erilaisia mittareita, joiden idea on sama, mutta numeroiden sijaan voidaan osoittaa kivun voimakkuus esim. kasvokuvilla. Tätä tapaa käytetään useasti lapsilla. (Hagelberg yms. 2006, 83, 89; Vainio 2004, 39-40)

Kipua voidaan arvioida myös fysiologisista muutoksista, eleistä sekä ilmeistä. Tätä käytetään silloin, jos potilas ei kykene kommunikoimaan. Näitä tilanteita voivat olla esimerkiksi jos potilas on dementoitunut, vastasyntynyt, tajuton tai sedatoitu. Tällöin kivun voi tunnistaa erilaisista kasvojen ilmeisistä, kuten otsarypyistä tai potilas pitää suutaan auki, potilas on kosketusarka, valittaa, itkee, ähkii tai huokailee. Lisäksi potilas saattaa olla pahoinvoiva, hengittää raskaasti, olla kylmän hikinen, levoton, ahdistunut tai pelokas. Myös potilaan kehon kielestä voi tulkita onko hänellä kipuja, sillä hän saattaa säpsähdellä tai olla jäykkä. Lisäksi potilas saattaa suojata käsillään kipukohtaa tai puristaa käsiään nyrkkiin. (Hagelberg yms. 2006, 89-90.)

4 KIVUN HOITO

Suomen lain mukaan ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan” (L 785/1992.) Tämä koskee myös hyvää kivun hoitoa.

4.1 Lääkkeellinen kivun hoito

Kivun hoidon tärkein menetelmä on lääkkeellinen kivunhoito. Kipulääke eli analgeetti on valmiste, joka lievittää, parantaa ja ehkäisee kipua. Näitä lääkkeitä ovat mm. euforisoivat lääkkeet sekä tulehduskipulääkkeet. Koska useimmat kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia, hyvän hoidon kannalta on hyvin tärkeää seurata kaikkia oireita, koska kivun lääkkeellinen hoito saattaa aiheuttaa potilaalle vain enemmän kärsimystä juuri näiden sivuvaikutusten takia. Kivun lääkkeellisessä hoidossa noudatetaan WHO:n (World health organization) laatimaa porrastusta, jonka mukaan lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeistä ja lääkeshoidossa siirtymään tarvittaessa portaittain vahvoihin opioideihin asti. WHO on lisäksi julkaissut vuonna 1986 yleiset periaatteet kivunhoidolle, jotka ovat ”voimassa” vielä tänäkin päivänä. Näiden periaatteiden mukaan kivunhoidossa lääke annetaan ensisijaisesti suun kautta, lääkityksen tulee olla säännöllistä ja ympärivuorokautista sekä on varauduttava läpilyöntikipuihin. Läpilyöntikipu on äkillistä kipua, joka ilmaantuu yllättäen vaikka kivut olisivat muuten hallinnassa. Lisäksi kivunhoidossa on pyrittävä ehkäisevään hoitoon sekä sen tulee olla potilaalle mahdollisimman helppoa. (Analgeetti 2012; Hagelberg yms. 2006, 107; Hänninen 2003, 29,88-89.)

4.1.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia käytetään lievien ja keskivaikeiden kiputilojen hoidossa. Riittävällä annoksella ne ovat melko tehokkaita kipulääkkeitä, mutta niiden annostuksessa on yläraja, jonka jälkeen vain haittavaikutukset lisääntyvät. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli vaikuttavat kudoksen kipuhermopäätteessä sekä alentavat myös tehokkaasti kuumetta. Tulehduskipulääkkeille on ominaista, että ne rauhoittavat myös tulehdusta. Tulehduskipulääkkeillä, joita ovat

esim. ibuprofeeni, ketoprofeeni sekä asetyylisalisyylihappo (ASA), on kuitenkin myös haittavaikutuksia, ne nimittäin ärsyttävät ruoansulatuskanavaa, saattavat aiheuttaa yliherkkyyttä sekä ne vaikuttavat verihytaleiden toimintaan siten, että ne lisäävät verenvuototaipumusta. Tulehduskipulääkkeitä käytetään esim. syöpäkipuihin, reumakipuihin, leikkauksen jälkeisiin kipuihin sekä kuukautiskipuihin. Parasetamoli ei ole tulehduskipulääke, koska sen anti-inflammatorinen eli tulehdusta estävä vaikutus on vähäinen. Parasetamolilla on vähemmän haittavaikutuksia kuin tulehduskipulääkkeillä, mutta se on kuitenkin maksatoksinen eli se saattaa aiheuttaa maksavaurioita. Kahta tulehduskipulääkettä ei tulisi käyttää rinnakkain, koska ne eivät paranna tulosta vaan päinvastoin ne lisäävät haittavaikutuksia. Mutta kivunlievityksen tulos on hyvä kun käytetään tulehduskipulääkkeen rinnalla parasetamolia. Tähän voidaan lisätä vielä esim. opioidi. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010; Kalso 2009, 181-189; Vainio 2004, 75-76.)

4.1.2 Opioidit

Opioidit ovat tehokas keskushermostoon vaikuttava kipulääke, joita käytetään voimakkaissa kiputiloissa. Niitä käytetään esim. syövän loppuvaiheessa, suurten leikkausten aiheuttamiin kipuihin sekä niillä voidaan lievittää hengenahdistusta. Vahvoja opioideja käytetään kuolevan potilaan kivun hoidossa ensisijaisena lääkkeenä. Opioideja ovat mm. morfiini, fentanyl ja oksikodoni. Opioidit aiheuttavat euforiaa eli hyvänolontunnetta. Kun opioideja käytetään jatkuvasti suurina annoksina, niihin syntyy toleranssi eli lääketeho vähenee, jolloin annosta joudutaan nostamaan, jotta kipu lievittyy. Opioideilla on valitettavasti paljon haittavaikutuksia. Ne aiheuttavat ummetusta, pahoinvointia, väsymystä, suun kuivumista sekä pahimmassa tapauksessa hengityslamaa. Näitä haittavaikutuksia voidaan kuitenkin hoitaa eri keinoin. (Kalso 2009, 192-202; Käypä hoito 2012; Vainio 2004, 76-77.) Opioidit aiheuttavat myös fyysistä riippuvuutta, jolloin lääkkeen äkillinen lopetus aiheuttaa vieroitusoireita, koska keskushermosto on tottunut lääkkeeseen. Lääkettä ei tulisi lopettaa äkillisesti, vaan mikäli sen lopettaminen katsotaan parhaaksi, tulee lopetuksen tapahtua asteittain. Psyykinen riippuvuus puolestaan tarkoittaa sitä, että henkilö käyttää opioideja euforian takia eikä kivun. (Kalso 2009, 193-194.)

ihottumaa, kudosisvaurioita tai tulehdus sekä jos potilaalla on heikentynyt valtimoverenkierto. Syvälämpöhoitoa ei tule käyttää jos potilaalla on verenvuototaipumus, kasvain tai sydänsairaus. Kylmähoito puolestaan hidastaa kudoksen aineenvaihduntaa ja vähentää paikallisesti turvotusta ja kipua. Kylmähoito hidastaa hermojen johtumisnopeutta, joka puolestaan vähentää kipua. Kylmähoitoa annetaan esimerkiksi kylmäpakkauksien ja kylmägeelin avulla. Kylmähoitoa ei tule kuitenkaan antaa kerralla liian pitkiä aikoja, koska se saattaa johtaa mm. hermovaurioihin. (Pohjolainen 2009, 237-239.)

Mekaanisia hoitomenetelmiä ovat muun muassa hieronta ja painepussipuristushoito. Hierontaa on useaa eri tapaa, mutta sen vaikutusmekanismi perustuvat vain teorioihin. Hieronta vaikuttaa kuitenkin positiivisesti mielialaan ja vireyteen, joilla on osansa kivun kokemisessa. Sitä käytetään kireiden ja jännittyneiden kudosten rentoutuksessa. Hierontaa ei saa tehdä pahanlaatuisen kasvaimen alueelle. Hieronta saattaa lisäksi lisätä spastisuutta keskushermostoperäisissä halvauksissa. (Pohjolainen 2009, 239-240.)

5 KUOLEVA POTILAS

Käypä hoito –suosituksen mukaan jokaiselle kuolevalle ihmiselle on annettava oireenmukaista hoitoa. Kuoleva potilas saattaa sairastaa esimerkiksi parantumattonta syöpää, MS-tautia, dementiaa, COPD:tä eli keuhkohtaumatautia tai sydämen vajaatoimintaa. Kuolevan potilaan hoidossa oireiden lievitys lääkkeellisesti on keskeisessä osassa, mutta on myös tärkeää huomioida potilaan sosiaaliset, psykologiset ja hengelliset tarpeet.

5.1 Kuolevan potilaan oireiden hoito

Juha Hännisen (2009, 5) oppaassa, Saattohoidon lääkeopas, luetellaan kuolevan ihmisen piirteitä. Hännisen mukaan kuoleman lähestyessä ihminen vastaa heikkommin, on usein vuodepotilas, tiedostaa vähemmän ympäristöään, on levoton, hengitys on äänekästä ja pinnallista sekä hänellä saattaa olla hengityskatkoksia. Lisäksi iho on viileä ja kalpea sekä raajoihin voi tulla lautumantyyppisiä ihomuutoksia. Lähestyvään kuolemaan liittyy usein virtsaumpi tai virtsainkontinenssi.

Kuolevan potilaan hoidossa oireenmukainen hoito on kaikkein keskeisimmässä roolissa. Oireita hoitamalla parannetaan potilaan elämänlaatua. Häiritsevimpiä ja yleisimpiä oireita ovat kipu, hengenahdistus, väsymys, unettomuus, ummetus, ruokahaluttomuus sekä pahoinvointi. Oireet saattavat kuitenkin vaihdella ajan myötä. Esimerkiksi joissakin tapauksissa kivun esiintyvyys saattaa vähentyä kuoleman lähestyessä, mutta sekavuus puolestaan lisääntyy. Myös pahoinvointi ja oksentelu saattavat vähentyä, koska potilas syö ja juo yleensä vähemmän viimeisinä vuorokausinaan. Myös sekavuus ja alentunut tajunnantaso saattavat vähentää oireilua. Kuoleman lähestyessä taas saattaa ilmaantua muita oireita kuten suun kuivumista ja anoreksiaa. Tietyt tekijät, kuten alentunut toimintakyky, ikä, kasvaimen sijainti sekä opioidit, saattavat lisätä tiettyjä oireita. (Hänninen 2003, 29-33.)

Kun potilaan kuolemaan johtavaa perussairautta ei voida enää hoidolla parantaa tai sen etenemiseen vaikuttaa, tulee siirtyä kärsimyksen lievitykseen ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden, kuten pahoinvoinnin ja ummetuksen, hoitoon. Myös hoidot, jotka ovat aikaisemmin olleet tehokkaita, tulee lopettaa mikäli ne

pitkittävät ja lisäävät potilaan kärsimystä tai heikentävät elämänlaatua. Hoitolinjasta tehdessä päätös siirtyä saattohoitoon on vaikeampaa kuin tehdä esim. DNR- eli elvytyskielto tai vain oireenmukaista hoitoa –pätös. (Hänninen 2003, 16; Käypä hoito 2012.)

5.2 Saattohoito

Usein puhutaan saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta viitaten kuolevan potilaan hoitoon. Näillä sanoilla on kuitenkin eroa. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan sitä, kun parantavaa hoitoa ei enää ole mahdollista antaa vaan pyritään turvaamaan potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu oireen mukaisella hoidolla. Tämä palliatiivinen hoito saattaa kestää vuosia. Saattohoidolla taas tarkoitetaan sitä hoitoa, joka ajoittuu lähemmäksi kuolemaa. Toisinaan saattohoito voidaan nähdä osana palliatiivista hoitoa. Kuitenkin vain osalla kuolevista potilaista on sellaisia oireita, jotka vaativat hoitoa varsinaisella saattohoitopaikalla. (ETENE 2012, 6; Hänninen 2004, 311; Käypä hoito 2012.)

Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri. Päätöstä tehdessä tulee aina kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Tämän velvoittaa laki potilaan oikeuksista. Päätös siitä, että siirrytään saattohoitoon tai palliatiiviseen hoitoon on aina iso asia sekä potilaalle että läheisille. Hoitolinjauksesta tulee keskustella potilaan ja läheisten kanssa hyvissä ajoin sekä heidän tulee ymmärtää päätöksen perustelut ja seuraukset. Hoitolinjauksen muuttaminen on vaikeaa sekä potilaalle että lääkärille, koska kuoleman hyväksyminen ja ennustaminen on vaikeaa. (Hänninen 2003, 16-18; Käypä hoito 2012.)

5.3 Kuolevan potilaan kipu ja sen hoito

Kuolevilla potilailla kipu on yleistä. Käypä hoito –suosituksen (2012) mukaan kipua esiintyy sydänsairauksista kärsivillä 41-77 %:lla, syöpää sairastavilla 35-96 %:lla ja keuhkohtaumapotilailla 34-77 %:lla. Lisäksi läpilyöntikipu on yleinen oire. Kuolevan potilaan hyvän hoidon yksi kulmakivistä on riittävä kipulääkitys. Mutta jotta kuolevan potilaan kipua voidaan lievittää, tulee ymmärtää ihmisen kokonaiskipu. Kuolevalla potilaalla usein kipu, kärsimys, kuoleman pelko sekä ruumiilliset oireet liittyvät toisiinsa. Kokonaiskipun lievittämiseen tarvitaan mo-

niammatillista yhteistyötä. (Sailo 2000, 165-166.) Kivun kokeminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa kipua aiheuttavan prosessin lisäksi myös potilaan käsitys omasta hyvinvoinnistaan sekä mieliala. Esimerkiksi ahdistus, väsymys ja pelko alentavat kipukynnystä ja siten vaikuttavat kivun kokemiseen. (Hänninen 2001,93; Hänninen 2009, 24.)

Kuolevan potilaan hyvässä hoidossa on tärkeää kivun arvioiminen. Arvioimisen tulee olla säännöllistä sekä kivun haittaavuutta tulee arvioida. Haittaavuutta arvioidaessa kiinnitetään huomiota kivun vaikutuksesta esimerkiksi nukkumiseen, liikkumiseen sekä mielialaan. Lisäksi tulee arvioida kivun voimakkuutta, sijaintia sekä mahdollista läpilyöntikipua. Kivun arvioinnissa myös tarkka kirjaaminen on tärkeää. (Käypä hoito 2012.)

Opioidit ovat tehokkaita lääkkeitä hoidettaessa kuolevan potilaan kipua. Varsinkin kuolevan potilaan syöpäkivun hoidossa käytetään WHO:n laatimaa lääkityksen porrastamista. Tällöin kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden mukaan ja kipujen ollessa voimakasta, voidaan kipulääkitys tarvittaessa aloittaa vahvoilla opioideilla. Tällöin opioidin rinnalle voidaan liittää myös tulehduskipulääke tai parasetamoli. Parasetamoli on hyvä lääke lievään kipuun ja se saattaa vähentää opioidien tarvetta. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä, mutta tällöin tulee huomioida niiden aiheuttamat mahdolliset haittavaikutukset. Luustometastaasien aiheuttamaan kipuun tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita. Usein saattohoitopotilaiden kivunhoidossa valitaan mieluummin vahva opioidi pienellä annoksella kuin heikko opioidi. Heikot opioidit, kuten tramadoli tai kodeiini, eivät usein riitä lievittämään kuolevan potilaan kipuja ja niillä on lisäksi paljon sivuvaikutuksia. Opioidit annostellaan yksilöllisesti ja annosta suurennetaan vähitellen. Opioidiannosta voidaan nostaa 25-50 % aiemmasta. Opioidit tulisi aloittaa mieluiten suun kautta otettavalla lääkkeellä, mutta mikäli potilas ei kykene ottamaan lääkkeitä suun kautta, voidaan opioidi antaa jatkuvana infuusiona ihon alle. Opioidit ovat tehokkaita myös läpilyöntikipuun ja jos potilaalla on jo vahva opioidi käytössä, tulee läpilyöntikipuun antaa lyhytvaikutteista opioidia. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2009, 24.)

Kuolevalla potilaalla tai hänen omaisillaan voi olla usein epäluuloja kipulääkitystä kohtaan ja varsinkin morfiinia kohtaan on yleisiä harhakäsityksiä. Esimerkiksi kipulääkkeiden pelätään lyhentävän potilaan elinaikaa, potilas muuttuu kipulääkkeiden myötä sekavaksi tai morfiini aiheuttaa hengityslamaa. Näistä on aina hyvä keskustella potilaan ja tämän omaisten kanssa. (Sailo 2000, 166; Hänninen 2001,99.)

Jos ihminen on depressiivinen tai alakuloinen, kipukynnys alenee ja kivut tuntuvat voimakkaammin. Lisäksi jos ihminen kokee itsensä turvattomaksi, hylätyksi tai eristetyksi, kokee hän kivut silloin voimakkaammin. Mutta kipu jo yksinään saattaa usein aiheuttaa masennusta. Joidenkin tutkimusten mukaan lähes kaikilla kipupotilailla ilmenee masennusta. Opioidit saattavat vähentää hetkellisesti masennusta, mutta pidemmällä aikavälillä niistä ei masennukseen ja ahdistukseen ole apua. (Hänninen 2001,98; Vainio 2004, 69.) Käypä hoito –suosituksen (2012) mukaan, kuolevan potilaan masennuksen hoidossa terapiasta on hyötyä, mutta jo pelkkä tuen antaminen potilaalle ja tämän kuunteleminen auttavat. Lisäksi hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus ovat tärkeä osa kuolevan potilaan psyykkistä hoitoa. Yleisinhimillisistä piirteistä läheisyys ja läsnäolo ovat sellaisia, joita kuoleman lähestyminen korostaa. Hoitajan kyky olla ammatillinen ja inhimillinen, ovat juuri niitä ominaisuuksia, joita kuolevien potilaiden parissa työskenteleviltä odotetaan. (Hänninen 2004, 314.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, joka tehtiin teemahaastattelua käyttäen yksikössä, jossa hoidettiin pitkäaikaisspotilaita sekä kuolevia potilaita. Teemahaastattelu on puolistukturoitu haastattelu, jossa haastattelun aihepiirit ja teemat on päätetty etukäteen. Stukturoidussa haastattelussa kysymykset on muotoiltu lomakkeeksi, jossa on myös valmiit vastausvaihtoehdot, kun taas puolistukturoidussa haastattelussa aihealueet on päätetty valmiiksi, mutta haastattelun ei kuitenkaan tarvitse noudattaa tätä valmista kaavaa sana tarkasti. Tällöin kysymysten järjestykseen voi tulla muutoksia ja muotoiluun täsmennyksiä. Vaikka teemahaastattelussa keskustelu ei etene tarkan kaavan mukaan, on sen tavoitteena kuitenkin saada vastauksia tutkimuksen tutkimustehtäviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96-97.)

6.1. Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Vaasan kaupunginsairaalan erään vuodeosaston sairaanhoitajat, jotka olivat olleet osallisina kuolevien potilaiden hoitotyössä sekä, joilla oli kokemusta kuolevien potilaiden kivunhoidosta. Tutkimukseen osallistuvien valintaperusteina oli, että osallistuja toimii työssään sairaanhoitajana sekä tämän vapaaehtoisuus. Tarkkaa osallistujamäärää ei määritelty ennalta, vaan toivomuksena oli, että mahdollisimman moni yksikön sairaanhoitajista osallistuisi tutkimukseen, jotta aineistosta tuli tarpeeksi kattava ja monipuolinen. Tutkimuksen osallistujista keskusteltiin kyseisen yksikön esimiehen kanssa, joka tiedusteli sairaanhoitajilta, ketkä haluaisivat tutkimukseen osallistua. Tutkimukseen osallistui seitsemän sairaanhoitajaa, joille painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Teemahaastattelussa aihepiirejä oli neljä, jotka muodostuivat tutkimuksen tutkimustehtävistä. Jokaista aihepiiriä avattiin muutaman apukysymyksen avulla, jotta jokaiseen aihepiiriin tulisi tutkimuksen kannalta tarvittavan tarkat ja monipuoliset materiaalit. Haastatteluiden ajankohdasta sovittiin sekä esimiehen että osallistujien kanssa. Ennen haastatteluita osallistujat saivat tutustua tutkimussuunnitelmaan, jotta he saivat tietää, minkälaisesta tutkimuksesta oli kyse. Vaikka tiedonkulku ja

yhteistyö yksikön kanssa toimivat hyvin puhelimen välityksellä sekä tapaamisten kautta, annettiin esimiehelle erillinen saatekirje, jossa kerrattiin vielä tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä toteutussuunnitelma. Haastattelut tehtiin yksikön tiloissa helmikuussa. Haastattelutilana toimi kahvilo, joka oli varattu haastatteluja varten. Tämä oli yksikön rauhallinen huone, vaikka pieniä häiriötekijöitä kuitenkin valitettavasti oli. Haastatteluiden kestot olivat vaihtelevia, noin 5-25 minuuttia. Kaikille haastateltaville annettiin kuitenkin mahdollisuus kertoa vapaasti ilman aikarajoituksia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin kannettavan tietokoneen ja mikrofonin avulla, jotta äänitteet saatiin helposti digitaaliseen muotoon.

Kun tutkimuksen aineisto oli kerätty, haastattelunauhut litteroitiin eli haastattelut muutettiin tekstiksi. Tämä tapahtui pian haastatteluiden jälkeen. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009,132) toteavat, että yleensä haastattelunauhut muutetaan tekstiksi kirjoittamalla materiaalit sanataarkasti, niin toimittiin myös tässä tutkimuksessa. Koska yksi haastatteluista käytiin englanniksi, litteroitiin kyseinen haastattelu aluksi englanniksi, jonka jälkeen koko teksti käännettiin suomen kielelle.

6.2 Tutkimusaineiston analysointi

Litteroinnin jälkeen aineistolle tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöinen perusanalyysimenetelmä, jossa sanoja tai lauseita luokitellaan niiden merkityksien perusteella. Aineistosta johdetaan kategorioita, joiden syntyyn vaikuttaa myös tutkimuksen tutkimusongelmat. Sisällönanalyysi etenee pelkistämisestä ryhmittelyyn ja ryhmittelystä abstrahointiin. Sisällönanalyysi aloitetaan kuitenkin aina valitsemalla analyysiyksikkö, joka voi olla niin yksittäinen sana kuin useamman lauseen muodostama merkitys tai teema. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133,135-136.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin lause tai ajatuskokonaisuus, joka saattoi sisältää useampia lauseita. Tämän jälkeen tutkija luki aineiston läpi huolellisesti ja poimi tutkimustehtäviin vastaavia lauseita ja ajatuskokonaisuuksia. Jokainen alkuperäisesti ilmaistu lause tai ajatuskokonaisuus kirjattiin ylös ja tämän jälkeen ne pelkistettiin (Liite 3). Pelkistyksistä muodostettiin aluksi alakategorioita ja alakategorioista yhdisteltiin yläkategorioita. Yläkategorioita olivat muun muassa kivunhoidon riit-

tävyys ja onnistuneen kivunhoidon piirteet. Pääkategoriat oli johdettu tutkimustehtävistä, joihin yläkategoriat yhdistettiin sisällön mukaan. Pääkategorioita olivat esimerkiksi kivun hoidon haasteet sekä kivun hoidon kehittäminen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien työkokemus oli keskiarvolta n. 16,5 vuotta. Vastaajien työkokemus kuolevien potilaiden parissa oli keskiarvolta noin 8,7 vuotta. Osa vastaajista oli ollut välillä pois työelämästä, joka huomioitiin työkokemusvuosissa.

7.1 Kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan kuvaamana

Kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan kuvaamana on jaettu keskeisiin osiin eli millaista on onnistunut kivunhoito, mitkä tekijät vaikuttavat kivunhoidon onnistumiseen sekä millaisia lääkkeitä kivunhoitomenetelmiä sairaanhoitajat käyttävät. Lisäksi tarkastellaan mitä mieltä sairaanhoitajat ovat palliatiivisesta sedaatiosta sekä kokevatko sairaanhoitajat, että kuolevilla potilailla on riittävä kivunlievitys.

7.1.1 Kipujen esiintyvyys kuolevilla potilailla

Vastaajista kaikki totesivat, että suurimmalla osalla kuolevista potilaista on kipuja, varsinkin syöpäpotilailla. Osa hoitajista sanoi, että syöpäpotilailla kasvaimen sijainti vaikutti kipuihin, esimerkiksi aivokasvain ei aiheuttanut niin paljon kipuja kuin luustoon metastoitunut syöpä.

*”...no suurimmalla osalla syöpäpotilaistahan esiintyy kipuja mut on..on tiettyjä..esimerkiks usein aivokasvain ei aiheuta kipuja mut sitten taas on aivan hirvittäviä ja varsinki jos on niin ku luustoon metastasoinu syöpä saat-
taa olla aivan aivan valtaviaki kipuja...”*

”...kuolevilla potilailla keskimäärin...hmmm..sanoisin, että 90%:lla olis kipuja”

Perussairaudella oli vaikutusta kipujen esiintyvyyteen. Esimerkiksi joillakin kuolevilla potilailla ei ollut lainkaan kipuja.

”...mutta sitten taas muuten semmonen kuoleva potilas, taikka niin ku ettei oo mitään semmosia syöpäkipuja tai semmosia, niin tota saattaa olla hyvin-

kin niin ku kivuttomiakin ennen sitä kuolemaa, et se vaikuttaa aika paljon niin ku se perussairauskin siihen..."

Yksi hoitajista koki, että joskus oli vaikeaa erottaa henkinen hätä kivuista. Joskus myös psyykkiset tekijät saattoivat lisätä kivun kokemista. Lisäksi mainittiin, että joidenkin potilaiden kohdalla kipua oli vaikea arvioida, jos potilas ei kyennyt enää puhumaan.

"...täällä kuolee semmosiaki potilaita, joilla ei oo syöpä, niin sit niistä tietysti monet ei pysty puhumaan, se on vähän hankala sanoa..."

"...ja siinä on ehkä sitten monta kertaa semmonen psyykkinen ahdistuneisuuskin ja sellanekin niin ku omalta osaltaan sitten niin ku on lisäämässä niitä kipuja..."

"...Joskus on aika vaikee tietää, että onko ne kipua vai semmosta henkistä hätää..."

7.1.2 Onnistuneen kivunhoidon piirteet

Vastaajista yli puolet sanoi, että onnistuneessa kivunhoidossa potilas on kivuton tai voi hyvin. Lisäksi potilaan kuvattiin olevan rauhallinen eikä näytä ulkoisesti kivuliaalta.

"...No se on tietysti se, että potilas on kivuton..."

"...potilas ei tunne sitä kipua ja kärsii mahdollisimman vähän siitä..."

Lisäksi yksi vastaajista kuvasi onnistunutta kivunhoitoa sillä, että hoitotoimenpiteet voi tehdä kivuttomasti.

"...voi kaikki tämmöset hoitotoimenpiteet suorittaa niin että potilas ei valita kipua..."

Fyysisen puolen lisäksi tulisi hoitaa myös potilaan psyykkistä puolta.

"... yksinkertaisesti saada potilas kivuttomaksi niin tota niinku fyysiset kivut pois ja mielellään tietysti psyykkisetki ahdistuneisuudet ja pahat ...pahat olot. Et siihen pyritään..."

Kivun ennakoiminen nähtiin myös tärkeänä. Kaksi hoitajaa kertoi, että kivun ennakoiminen olisi kivun hoidon kannalta hyvä, jotta kipulääke voitaisiin antaa jo ennen kuin kipua esiintyy.

"...että pystyttäis niin ku ennakoimaan se kipu, et potilas sais sen kipulääkkeen jo ennen kun se kipu tulee, että pystyttäis... niin kuin näkemään ja pystyis tai jos se potilas itse pystyis kertomaan ja jotenki ennakoimaan sitä että hän sais sen kipulääkkeen jo ennen ku ettei tarttis olla niin ku ollenkaan ki-peä..."

"...ennaltaehkäistävässä, ettei vaan sit ku tuntee kipua niin sitten olis se kipulääkitys vaan että niin ku ihan ennaltaehkäisevääkin jos tietää että on kivulias potilas."

Yhden hoitajan mielestä kipulääkityksen tulisi olla potilaalle sopiva eikä tulisi lääkitä kuitenkaan liikaa. Potilaan tulisi lisäksi saada äkillisiin kiputiloihin tarvittaessa annettavaa lääkettä.

"...potilas voi hyvin ja ei oo liikaa lääkitty, mutta sopivasti lääkitty. Ja sillä lailla et ja sit se et hän saa niin ku tarvittaessa jos tulee semmosia kipupiikkejä, niin taikka semmosia kivussa semmosia huippuja, kipukohtauksia tai näin, et saa niihin myös sitten niin ku hyvän lääkityksen..."

7.1.3 Onnistuneen kivunhoidon edellytykset

Kuolevan potilaan onnistuneeseen kivunhoitoon liittyviä tekijöitä mainittiin useita (Taulukko 1). Kivun tunnistamista ja lääkehoitoa pidettiin tärkeinä keinoina onnistuneen kivunhoidon saavuttamiseksi.

Taulukko 1. Kivunhoitoa edistävät tekijät

| Tärkeät tekijät kuolevan potilaan kivunhoidossa | |
|---|---|
| - Hoitajan työkokemus | - Kivun tunnistaminen |
| - Kivun ennakoiminen | - Kivun lääkehoito |
| - Kipulääkkeen vasteen arvioiminen | - Läsnaolo |
| - Potilaan ja omaisten kuunteleminen | - Psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen |
| - Tiedon hankkiminen | - Lääkemääräyksen pyytäminen lääkäriltä |

Kivun tunnistaminen nähtiin oleellisena osana kivunhoitoa, johon vaikutti hoitajan kokemus, potilaan eleet ja olemus sekä potilaan kanssa kommunikointi. Kivun tunnistamista vaikeutti, jos potilas ei kyennyt puhumaan tai kielsi, että on kivulias, jolloin kipu piti tunnistaa muista merkeistä.

”...no tietysti kokemus on yks sellanen asia että niin hoitajalla tavallaan pitää olla sellaset tuntosarvet et se niin ku huomaa sen potilaan kivun ja aivanhan potilas ei niin ku pysty sanomaan sitä et se täytyy sit jotenki niin ku, potilas voi olla hikinen tai levoton tai itkeä, huutaa mut ei osaa sanoo et on kipee, se on niin ku pitää silleen, pitää niin ku tunnistaa...”

”...sit tietysti pitäis hirveesti kysellä potilaalta, et ootko kipee ja toivotaan et potilas pystyis itse kertomaan, mut ku aina ne ei pysty ja sit ne ei aina välttämättä sano, että ne on kipeitä tai ei halua sitä kipulääkettä ja et hoitajan pitäis jotenki silleen olla tuntosarvet niin ku pystyssä koko ajan että...”

”...voidaan kysyä potilaalta onko hänellä kipuja ja voidaan myös käyttää jotain asteikkoja, jotka voivat olla hyödyllisiä jotta tiedetään millaista kipua potilaalla on...”

Yksi vastaajista myös sanoi, että potilasta tulee tarkkailla ja viedä lääkärille tieto potilaan kivun laadusta, jotta kipua pystyttäisiin hoitamaan oikeanlaisilla lääkkeillä.

”...tarkkailemalla potilasta ja sitten viedään lääkärille se tieto, et minkälaista se potilaan kipu on ja sitten lääkärit osaa sen usein järjestää sen kivunhoidon ja sitten tietysti tarkkailemalla sen jälkeen, että oliko tää kipulääkitys oikein...auttaako se...”

Kivun lääkehoito nähtiin oleellisena edellytyksenä onnistuneeseen kivunhoitoon. Vastaajista kuusi viittasi lääkehoitoon. Kipulääkkeen ohella annettava rauhoittava lääke mainittiin myös olevan hyvä yhdistelmä kivunhoidossa.

”...oleellisena osana tähän niin ku kivunlievitykseen kuuluu, tällä osastolla varsinkin, rauhoittavat lääkkeet et ne niin ku yhdessä usein on sellanen hyvä yhdistelmä...”

Kipulääkkeen annossa koettiin tärkeäksi lääkkeen antamisen säännöllisyys, sopiva valmiste, ylimääräiset kipulääkkeet sekä kipulääkkeen vaikutusten seuraaminen. Lisäksi yksi sairaanhoitajista sanoi, että kipulääkettä tulisi antaa ennen hoitotoimenpiteitä, jos tiedetään, että on kipuileva potilas. Myöskään lääkekustannukset eivät vaikuttaneet, kunhan potilaalle vain löydettiin sopiva kipulääke. Kaksi sairaanhoitajaa mainitsi myös kipulääkkeen annon jo ennen kuin kipuja ilmenee.

”...kipulääkitys tulee antaa säännöllisesti ja edeltävästi ennen hoitotoimenpiteitä, ylimääräisiä kipulääkkeitä jos tiedetään, että potilas on hoitotoimenpiteitten aikana kivulias...”

"...oon huomannu, että täällä ei säästetä mitään lääkkeitä, niin ku lääkekustannuksista, että täällä niin kun annetaan kaikkensa, että potilaan kipulievitty. Vaihdetaan preparaattia jos ei sovi, niin vaihdetaan hintaa kaittamatta..."

"...mun mielestä tosi hyvä että pitäis osata ennakoida sitä kipua sillä tavalla että pitäis oppia näkemään koska se potilas on kipeä ja koska se niin ku on tulossa kipeäks että se sais sen lääkkeen ennen kun..."

Kipulääkkeen antamisessa pidettiin tärkeänä, että se tehtiin lääkärin määräysten mukaisesti ja, että kipulääkkeen vastetta seurattiin. Yksi sairaanhoitajista kertoi myös, että kipulääkkeen vastetta oli hyvä seurata, koska kipulääkkeet vaikuttavat kullakin potilaalla yksilöllisesti. Lisäksi jos lääkäri oli tehnyt määräyksen, se tuli oikeaoppisesti myös toteuttaa.

"...tulee niin kun antaa niitten määräysten mukaisesti ja vähän niin ku seurata sitä vastetta mitä sen kivun...tai sen lääkkeen annon jälkeen niin ku miten sen potilaan olo helpottuu..."

"...kipulääke vaikuttaa, ku se vaikuttaa tietysti vähän kaikilla ihmisillä eri lailla ja on erilaisia kipuja ja eri syistä johtuvia kipuja, että oikeestaan niin ku sitä seurata sitä vastetta mikä sille kipulääkkeelle tulee..."

"...pitää olla tarkka nois niin ku niis rutiineissa, että jos nyt määrätään jotain lääkettä nostettavaks niin se myös tehdään, arvioidaan ja merkitään tonne papereihin ja kansioihin tai nykyään tietokoneelle..."

Yksi hoitajista koki, että lääkityksessä iso osuus on lääkärillä. Oli myös tärkeää, että potilaan peruskipulääkitys oli kunnossa ja potilaalle oli määrätty jo valmiiksi tarvittaessa annettavia lääkkeitä, mikäli potilaan tila huononisi äkillisesti. Jos poti-

laalle oli määrätty tarvittaessa annettavia lääkkeitä, niitä tuli myös antaa tarpeen vaatiessa huolimatta siitä, jos potilas oli vähän aikaan sitten saanut jo lääkettä.

"...kyllähän lääkityksessä on aika iso osuus lääkärillä, että on niin ku siis määrätty..taikka siis että potilaalla on hyvä niin ku peruskipulääkitys, mut sit se, että jo ennakoon huomiodaan sinne lääkelistalle se et siellä on sit näitä lääkkeitä, joita voidaan tarvittaessa antaa jos tilanne vaikka niin ku huononee tai tai tuota sitten tulee just näitä tämmösiä kipukohtauksia..."

"jos siellä on morfiiniki määrätty et voi tarvittaessa niin ku antaa nii ja siellä nyt tosiaan on että tarvittaessa niin sillon se yleensä tarkoittaa sitä että sä voit antaa sitä lääkettä sille ilman et sun tarttoo kattoo mitään kelloa "

Mikäli potilas kipuli, tuli lääkäriltä pyytää määräys, jos potilaalla ei ollut ennestään kipulääkemääräystä. Myös jos oli epävarma, että uskalsiko kipulääkettä antaa vielä, oli hyvä varmistaa lääkäriltä. Tällöin oli tärkeää arvioida lääkkeen vastetta, jotta osasi tiedottaa lääkäriä kipulääkkeen riittämättömyydestä.

"...jos näkee niin ku että potilas tarttee sitä kipulääkitystä niin lääkäriltä sit vaan niin kun pyytää, esittää vaan sen tarpeeks pontevasti että se potilas tarttee lääkettä..."

"...pitää arvioida sen lääkkeen vaikutusta ja tarvittaessa nostaa ja viedä lääkärille sitten tietoa, että nyt tämä ei riitä ja mitä tehdään..."

"...ihan tilanteen mukaan et sä näet et asiat ei oo hyvin, et voithan sä sitten kysyä toltä lääkäriltä tai päivystävältä lääkäriltä et vieläkö mä tohdin antaa näin... "

Kipulääkettä tulee antaa myös riittävästi. Sopivan annoksen löytämiseen vaikutti yhden hoitajan mukaan myös sairaanhoitajan työkokemus.

"...osaa antaa oikeat määrät, sillä se liian vähäinen määrä ei sit auta sitä potilasta yhtään..."

"...aika hyvin nää vanhemmat sairaanhoitajat osaa arvioida sitä, että kuinka paljon potilaalle pitäis antaa kipulääkettä ja lääkärit antaa sen haitarin, että sairaanhoitaja voi et jos on oikeen kovat kivut niin antaa vähän enemmän ja sit jos tuntuu että nyt ei oo enää niin kauheesti kipuja niin voi antaa vähän vähemmän..."

Yksi hoitajista koki kipupumpun käyttämisen olleen toimiva keino kipulääkkeen annossa, koska tällöin potilas pystyi itse tarpeen vaatiessa ottamaan boluksia, jos koki olevansa kipeä. Hän koki kipupumpun olevan hyvä myös senkin takia, että sen muistiin jäi aina tieto siitä, kun potilas oli painanut lisäännosta ja siten pystytettiin myös seuraamaan potilaan kipuja.

"Mulla tuli mieleen se ku on se meillä on käytössä se uus semmonen kipupumppu...se on siitä hyvä, että siinä pystyy potilas itsekin painamaan niitä boluksia, että aina kun hän on kipee, tai sit kun hän itse tuntee että tulee kipeeksi niin sitten hän pystyy painamaan sitä bolusta. Mutta siinäkin on sitten semmonen määrätty niin ku väli, että kuinka usein niitä boluksia voi saada ettei potilas pysty niin ku liikaa sitten kuitenkaan niitä painamaan, mut sit aina ku potilas painaa siitä boluksesta, niin sit siihen jää kuitenkin sinne kipupumpun muistiin jää niin ku tieto, että sitä on painettu, vaikka se ei ookaan saanu sitä lääkettä, niin sillä tavalla sitten ku taas ladataan uudestaan ja täytetään se pumppu niin sitten hoitaja ja lääkärit sitten pystyy kattomaan siitä, että jahaa, se on painanu näin ja näin monta kertaa eli se on ollu kipee vaikka se ei ookaan joka kerta saanu sitä lääkettä..."

Varsinkin jos kyseessä oli uusi sairaanhoitaja, lääkkeen antamista ei tulisi pelätä. Tiettyjen voimakkaampien kipulääkkeiden annossa haittavaikutuksia ehkäistiin aloittamalla lääkitys pienemmällä annoksella ja kasvattamalla sitä vähitellen. Uuden sairaanhoitajan tulisi myös hankkia tietoa erilaisista kipulääkkeistä.

"...ei sitä tartte peljätä sitä kipulääkkeen antamista sillälaila ja sit et on noita vanhoja käsityksiä siitä että morfiini salpaa esimerkiksi hengitystä, mutta kyllähän se mutta ku ne alotetaan niistä pienistä määristä ja sitten

vasta pikkuhiljaa kasvatetaan sitä lääkemäärää niin ei se sellases tapauksessa, koska siinä sit on niin ku tottunu siihen pienempään määrään niin se ei kertarysäyksestä tuu kuitenkaan sitten...”

”...uuden sairaanhoitajan kannattaa hankkia tietoa paljon, että minkälainen lääke vaikuttaa minkälaiseen kipuun...”

Kaksi vastaajista mainitsi hoitajan läsnäolon ja keskustelemisen vaikutuksen kivun kokemiseen, koska joskus kivun taustalla saattoi olla muutakin kuin pelkkä kipu. Yksi vastaajista myös sanoi, että omaiset tulee ottaa huomioon.

”...olis sit myös aikaa niin ku olla siinä sen potilaan vierellä ja tota niin ku kuunnella että, joskushan siinä kivun takana saattaa olla jotakin ihan muita murheita ja huoliaki, jotka niin ku omalta osaltaan sitten vaikuttaa kans siihen kivun tuntemiseen...”

”...omaisten huomioonottaminen myös, että potilas näkee, et me tullaan toimeen hänen omaistensa kanssa ja myös toisinpäin, et myös omaiset näkee et me tullaan potilaan kans toimeen. Et kaikki tuo vaikuttaa myös siihen kivun kokemiseen ja omaisille sanominen, että me kyllä hoidetaan toi asia, hoidetaan toi kipu. Mut kuitenkin aina kuunnellaan potilasta ja omaisia...”

7.1.4 Kivun hoidon lääkkeettömät menetelmät

Kivun hoidon lääkkeettömiä menetelmiä (Taulukko 2) käytettiin lääkehoidon rinnalla kuolevan potilaan kivun hoidossa. Muun muassa hoitajan käyttäytyminen ja olemus ollessa potilaan kanssa vuorovaikutuksessa, vaikutti potilaan kokemaan kipuun.

Taulukko 2. Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät

| Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät | |
|---|------------------------------------|
| - Kylmä- ja lämpöhoito | - Asentohoito |
| - Hoitajan läsnäolo ja kosketus | - Hoitajan sanaton viestintä |
| - Hengellinen hoito | - Potilaan rutiinien säilyttäminen |
| - Hierominen | - Hengityksen helpottaminen |

Vastaajista neljä sanoi hoitajan läsnäololla ja kosketuksella olevan tärkeä rooli kivunhoidon ei-lääkkeellisissä menetelmissä. Kosketukseksi mainittiin muun muassa kädestä kiinnipitäminen sekä hierominen. Hieronnan kerrottiin myös vievän huomioita pois varsinaisesta kipupisteestä. Hoitajan tulisi olla tilanteessa omana itsenään ja luoda kiireetön ilmapiiri. Sanoilla ei ollut niin suurta merkitystä, riitti jos vaikka istui vain hiljaa potilaan vieressä.

"...monilla on just että ne haluaa että siinä lähellä ollaan ja kosketuksella ja että vaikka vaan istuu siinä vieressä ku usein on niin ahdistuneita et sit ne et siihenkin voi liittyä sitä kipua. Pitää kädestä kii tai jotain hieroo tai vaikka vaan istuu vieressä..."

"...antaa niin ku aikaa sille potilaalle et potilas tuntee et se on niin ku ettei oo semmosta kiirettä..."

"Välttämättä siinä ei oo niin ku se, että mitä sä siinä puhut tai näin, mut et voi istua ihan hiljaakin ja kun vaan on siinä ihan lähellä omana ittenänsä"

"...rentouttavaa hierontaa ihan semmosta kevyttä, kevyttä hartioitten vaikka käsien niin kun semmosta kevyttä hierontaa niin niin kyllä sillä monta kertaa on iso apu ja samaten se et jos hieroo vähän jalkoja, että se vähän niin ku sitten ehkä vie sitä huomiota pois sitten siitä just varsinaisesta kipu-

kohdasta tai näin. Ja se että on, että saa niin ku huomiota ja tuntee olevansa keskipiste...”

Lisäksi yksi hoitajista mainitsi hoitajan oman rauhallisuuden ja varmuuden luovan turvaa. Myös hengellisellä hoitamisella saattoi yhden hoitajan mukaan olla vaikutusta kivunlievitykseen.

”...ja sitten tietyllä tavalla semmonen oma rauhallisuus ja varmuus että sä tiedät mitä sä teet et jos sä oot ite hirveen hermostunu ja epävarma niin potilas vaistoo sen heti. Et jollain lailla pitää itellä olla niin ku semmonen rauha ja varmuus siitä että mitä tekee...”

Hoitajista kaksi mainitsi kylmä- ja lämpöhoidon vaikutuksen potilaan kipuun. Apuna käytettiin muun muassa kylmiä ja lämpimiä kääreitä sekä potilaan huoneen lämpötilan säätelyä.

”...ja sitten semmonen jos antaa viileää jos tuntuu polttelevaa tai, semmonen niin ku huoneen lämpötilaa laskemalla esimerkiksi voi saada kipuja vähemmän...”

Ei-lääkkeelliseksi menetelmäksi kerrottiin myös asentohoito. Kaksi hoitajaa kertoi helpottavan potilaan oloa auttamalla potilas parempaan asentoon vuoteessa. Makuualustaa saatettiin parantaa myös laittamalla vuoteeseen pehmusteita.

”...korjata se asento semmoseks et olis vähän helpompi olla...”

”...no esimerkiksi asentohoito...”

Jos potilas kärsi hengenahdistuksesta, yksi hoitajista kertoi helpottavan potilaan oloa avaamalla ikkunaa, nostamalla sängyn päätyä ylemmäs tai antamalla happea.

”...no tietenki voi antaa happea, jos on hengenahdistusta tai avata ikkunaa, nostaa päätyä pystyyn...”

Potilaan rutiinien säilyttämisen kerrottiin tuovan potilaalle turvallisuutta.

”...myös ihan tälläset niin ku rutiinit luo ihan turvallisuutta, iltarutiinit, mitä potilas yksilöllisesti haluaa tehdä iltaisin, niin ku hampaanpesu, tuulet-

taminen, tälläset niin voi saada hyvän unen kipulääkkeen kanssa tälläisillä turvallisilla rutiineilla..."

7.1.5 Palliatiivisen sedaation käyttäminen

Sairaanhoitajista kaikki olivat sitä mieltä, että palliatiivinen sedaatio on hyvä menetelmä silloin, kun potilaan kivut ovat liian kovia. Palliatiivinen sedaatio nähtiin hyvänä vaihtoehtona, kun kivut olivat sietämättömiä eikä niitä saatu hallintaan muilla keinoilla.

"...et ku ne potilaan kivut käy niin sietämättömäksi tai se ahdistus et niihin ei mikään auta niin mun mielestä sillon tällänen niin ku kevyt nukuttaminen on paikallaan..."

"...no sitä vois käyttää sitten ku on niin paljon kipuja ettei mikään muu ei vaikuta eikä helpota kipuja, et sit potilas olis mahdollisimman kivuton..."

"...ehdottomasti kannatan sitä, koska jos kivut on niin vaikeita niin jokaisella pitäis olla siihen mahdollisuus..."

Lisäksi yksi hoitaja totesi, että mikäli palliatiivisesta sedaatiosta on apua kuolevalle potilaalle, niin sitä tulisi myös ehdottomasti käyttää.

"...jos ihminen on kuoleva niin, jos tietää että tämmösellä sedaatiolla vois olla apua niin ehdottomasti kannatan tälläistä..."

Hoitajista kaksi oli lisäksi sitä mieltä, että sitä käytetään liian harvoin.

"...se on tosi hyvä, mutta sitä vaan liian harvoin täällä käytetään..."

"...no mä oon sitä mieltä et se on tosi hyvä, et sitä pitäis vaan enemmän käyttää..."

7.1.6 Kivunhoidon riittävyys

Hoitajista viisi oli sitä mieltä, että kuolevien potilaiden kivunhoito on riittävää. Yksi hoitajista oli sitä mieltä, että lääkärit puuttuvat kipulääkitykseen nopeasti, jos potilaalta esimerkiksi puuttuu tarvittaessa annettava kipulääke. Toisen hoitajan mielestä kipulääkkeitä tulisi antaa niin paljon, että kipu on poissa.

"...oon huomannu et lääkärit puuttuu siihen äkkiä et jos potilaalla ei oo mitään esimerkiks tarvittaessa annettavaa kipulääkitystä niin he lisää sen listalle heti semmosen mikä on koettu, että lievittää sitten sitä syöpäkipua juuri..."

"...ku on syöpä potilas ja kuoleva potilas...tai mä oon ainaki itte ajatellu näin, että kyllä sit pitäis vaan antaa niin ku sitä niin kauan et se kipu on poissa..."

Yhden sairaanhoitajan mielestä kivun lääkkeellinen hoito on riittävää, mutta potilaan kanssa keskustelua ja lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä tulisi lisätä.

"...koen kyllä, että heillä on riittävä kivunlievitys lääkkeillä, mut vois olla enemmän semmosta keskustelua ja muuta kivunlievitystä kuin lääkkeet..."

Osa hoitajista sanoi, että kaikkia potilaita ei voi edes saada täysin kivuttomiksi lääkkeistä huolimatta. Yksi sairaanhoitajista myös kertoi, että joskus potilaan tila huononee niin yllättäen, ettei siihen ole ehditty varautua.

"...ensinnäkään kaikkia potilaita ei saa kivuttomaks vaikka antaa kuinka paljon lääkkeitä..."

"...mutta ei välttämättä ihan aina, mut pyrkimys siihen on mutta että joskus sitten vaan on semmosia tilanteita että asiat tulee tavallaan niin yllättäen

sitten kuitenkin että, taikka se huono vaihe tulee niin yllättäen että ei oo sitten ehkä silleen osattu sellaisia kaikkia juttuja..."

"...mut aina on niitä poikkeuksia sitten, et ne kivut on niin vaikeita ja jotenki keinot on vähän sitten..ehkä väärät..."

Yksi hoitaja koki, että varsinkaan syöpäpotilailla ei ole riittävää kivunhoitoa. Hän koki, että kipulääkettä annetaan liian pienillä annoksilla.

"...mut just nää syöpäpotilaat ne on kyl aika kivuliaita ja mä koen, että täällä ei oo riittävä kivunlievitys heillä...valitettavaa. Mut aika usein sitä näkee et on liian vähän kipulääkettä tai liian pieniä annoksia..."

Yhden hoitajan mielestä kivunhoitoon erikoistuneet lääkärit määräävät sopivasti kipulääkkeitä, mutta nuoremmat ja kokemattomammat lääkärit eivät aina uskalla määrätä tarpeeksi kipulääkettä.

*"...ja sitten myöskin on niin ku lääkärit, usein nuoret lääkärit, ne ei uskalla, et meillä ei tässä talossa, tässä on niin ku, täällä on pari oikeen kivunhoitoon erikoistunutta lääkäriä tässä talossa et ne ehkä niin ku uskaltaa rohkeemmin määrätä, mut nuoremmat on tosi arkoja, niillä ei oo kokemusta et-
tä vaikka me vanhat hoitajat kuinka niin kun yritetään kertoa niin siinä ei uskalla lääkäri määrätä riittävästi että se on sit tosi kurja kattoo sitä potilasta et ku se on niin ku kipee..."*

7.2 Kuolevan potilaan kivun ja kivunhoidon vasteen arvioiminen sairaanhoitajan kuvaamana

Seuraavassa tarkastellaan, kuinka sairaanhoitajat kertoivat arvioivansa kuolevan potilaan kipua ja kuinka he arvioivat kipulääkkeen vastetta sen annon jälkeen.

7.2.1 Kuolevan potilaan kivun arviointi

Kuolevan potilaan kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa käytettiin monia eri keinoja. Taulukko 3 kuvaa yksinkertaistettuna näitä keinoja, joiden avulla sairaanhoitajat pyrkivät tunnistamaan ja arvioimaan kuolevan potilaan kipua.

Taulukko 3. Keinot tunnistaa ja arvioida kipua

| Kuolevan potilaan kivun tunnistaminen | |
|--|--|
| - Kysyminen potilaalta | - Potilaan ulkoinen olemus |
| - Fysiologiset mittaukset | - Potilaan ääntely |
| - Omaisten kokemukset | - Hoitajien suullinen ja kirjallinen raportointi |

Sairaanhoitajista kuusi kertoi kysyvänsä potilaalta suoraan kivuista. Jos potilas kykeni puhumaan, niin potilasta pyydettiin kuvailemaan ja arvioimaan kipuaan. Potilasta voitiin pyytää vaikka kertomaan, onko kipu kovaa, kohtalaista vai lievää. Lisäksi potilaat pyysivät joskus itse kipulääkettä, jos kokivat olevansa kivuissa.

"...mitä se potilas sanoo ja arvioi itse omasta kivustaan..."

"...usein kysytään että oletko kipeä ja sitä totta kai kysytään aina tosi paljon ja usein potilas sitä osaa niin ku vastata siihen itse et onko..."

"...me täällä vain kysymme potilaalta kuinka hän voi ja kuinka paljon kipuja hänellä on..."

VAS-asteikkoa tai muita mittareita ei koettu kovinkaan hyödylliseksi, koska usein oli sellaisia potilaita, jotka eivät kyenneet puhumaan ja siten arvioimaan omaa

kipua mittarin avulla. Hoitajista neljä sanoi, ettei käytä arvioinnissa VAS-asteikkoa.

”...monestihan meillä on niin huonokuntosia ne potilaat et ne ei pysty sanomaan välttämättä mitään asteikolla 1-10 tai se on ehkä semmonen kaikista helpoin mitä vois käyttää mutta välttämättä aina potilaat ei pysty enää vastaamaan...”

”...no mä en oo itte käyttäny enkä mä oo nähny et täällä käytettäis tota VAS-asteikkoa...”

Hoitajista kaksi kertoi kuitenkin käyttävänsä VAS-asteikkoa. Yksi vastaajista koki VAS-asteikon olevan hyödyllinen myös siinä tapauksessa, jos potilas ei kyennyt puhumaan, mutta pystyi kuitenkin osoittamaan mittarilta kivun määrää.

”...yleensä kysymällä potilaalta, että onko...kuinka paljon hän tuntee olevan kipua juuri tän VAS-asteikon yhdestä kymmeneen...”

”...se on hyvä apuväline niille ihmiselle, koska heille voi näyttää numeroasteikkoa ja he voivat osoittaa numerolla kivun määrää...se voi myös olla kasvoilla myös, se on hyvin hyödyllinen niille jotka eivät voi puhua...”

Kuolevan potilaan kipua arvioitiin usein potilaan ulkoisista merkeistä. Näitä olivat potilaan hikisyys, levottomuus, eleet, ilmeet, ääntely ja rauhattomuus. Potilas saattoi myös rutistaa kulmiaan tai olla ahdistunut.

”...kaikki tosiaan tämmöset niin ku levottomuudet ja hikisyydet sun muut...”

”...usein se on vaan näkyä jostain muustaki et on vaikka levoton tai ahdistunut...”

”...katsotaan hänen olemustaan ja eleitään ja ääntelyä...”

"...sitten, sitten ilmeet ja otsarypyt ja tuota niin lähinnä ihan niin ku sitten ulkoisesti, että miltä näyttää..."

Myös jos potilas valittaa sängyssä käännettäessä tai itkee ääneen, tulkittiin sekin usein kivuksi.

"...toiset itkee ääneen ja huutaa ja usein me sit tulkitaan se kivuksi..."

Lisäksi jos potilas oli ärtynyt tai vihainen, saattoi sen taustalla olla kipua.

"...tietysti sitten tommonen psyykkinen hyvinvointi on yks, että onko ärtynyt tai vihanen tai nii aina silloin pitää miettiä että onko kipu taustalla, koska aina...aina potilas ei itekään oikeen tiedä että on kipeä, on vaan jotenki pahalla tuulella..."

Kivun saattoi tunnistaa myös fysiologisten mittausten perusteella. Hoitajista kaksi sanoi, että kivun voi tunnistaa, jos potilaalla on esimerkiksi korkea verenpaine tai nopea pulssi.

"...jollakin saattaa olla hirveen korkea verenpaine tai sydän hakkaa, pulssi hakkaa ihan siitä kivusta..."

"...sen yleensä näkee sitten potilaan näistä...esimerkiks verenpaineet nousee..."

Kaksi sairaanhoitajaa kertoi myös ottavan omaisten näkemyksen huomioon kivun arvioinnissa, koska nämä saattoivat osata tulkita potilasta paremmin.

"...tietysti omaiset voi joskus olla myös...osaa tulkita potilaita hyvinki. Et tietysti jos omainen pystyy jotenki ilmasemaan tai lukemaan potilasta paremmin, niin kyl omaisenki mielipidettä tulee niin ku kuitenkin kuunnella..."

Lisäksi kivun arvioinnissa otettiin huomioon muiden hoitajien suulliset ja kirjalliset raportit. Jos potilaan kivuista oli mainittu jo aikaisemmin hoitosuunnitelmassa, hoitaja tiesi huomioida kyseisen potilaan kivut tarkemmin. Yksi sairaanhoitajista kertoi myös keskustelewansa työvuoron vaihtuessa edellisen vuoron sairaanhoitajan kanssa mahdollisista ongelmista.

”...ja sitten katsoo noita raportteja et mitä muut on kirjottanu ja laitan omaan paperiin, että pitäis huomioida kivut, ku mulla on semmonen niin ku potilasluettelo aina ku mulla alkaa työvuoro, niin siihen paperiin mä kirjoitan, et mitä mun pitää huomioida ja siellä on usein, että OBS! kivut...”

Yksi vastaajista kertoi, että jos potilaalla oli aikaisempina päivinä tullut usein kipuja tiettyinä ajankohtana, niin tämän pystyi ottamaan huomioon myös seuraavina päivinä.

”...sitä historiaaki sitten siinä että, jos nyt yleensä sitten on niin ku että ne monena päivänä et ne kivut on tullu sitten esimerkiksi alkuyöstä ja näin niin voi aatella, että antaa sitten jo etukäteen sitä kipulääkettä niin ku yötä vasten sitten ehkäsemään niitä kipuja siinä yöllä...”

7.2.2 Kivunhoidon vasteen arvioiminen

Hoitajat arvioivat usein hoidon vastetta potilaan olemuksesta kipulääkkeen annon jälkeen. Potilas rauhoittui tai rentoutui kipulääkkeen saamisen jälkeen.

”... miltä se potilas näyttää, onko se sitten levollinen sen kipulääkkeen saamisen jälkeen...”

”...ja sitten se tietysti niin lähinnä se että sekin että onko kuinka rauhallinen sillä lailla, että monta kertaa sit rauhottuu muutenki ku ei oo kipee enää...”

Yksi hoitajista myös sanoi, että kun potilaalla ei ole enää kipuja, se saattaa vaikuttaa myös ruokahaluun.

"...potilaan voi olla ihan ruokahalu parantunu ja se vaikuttaa monen asiaan, että kivunhoito on kunnossa..."

Yksi hoitaja sanoi, että myös potilaan hengityksestä ja pulssista pystyi päättämään, auttoiko kipulääke.

"...hengityksestä aika paljon pystyy päättämään, pulssista..."

Lisäksi kivunhoidon ollessa kunnossa, potilas voi psyykkisestikin paremmin.

"...no että potilas on tyytyväinen, rauhallinen, mieliala...mieliala on suhteellisen hyvä..."

Yksi hoitajista myös sanoi, että kipulääkkeen annon jälkeen kysytään potilaalta suoraan, auttoiko lääke.

"...tietysti sitten se, että mitä hän sanallisesti itse sanoo, että onko kipeä tai ei, tai onko auttanu se lääkitys..."

7.3 Kuolevan potilaan kivunhoidon haasteet

Kuolevan potilaan kivunhoidossa koettiin olevan erilaisia haasteita. Taulukko 4:ssä on kuvattuna sairaanhoitajien kokemia haasteita, jotka liittyivät muun muassa potilaisiin, lääkäreihin, omaisiin, kipulääkkeen annostukseen sekä kipulääkkeiden haittavaikutuksiin.

Taulukko 4. Kivunhoidon haasteet

| Kuolevan potilaan kivunhoidon haasteet | |
|---|------------------------------------|
| - Potilaan ja omaisten asenne | - Lääkäreistä johtuvat tekijät |
| - Kipulääkkeen antamiseen liittyvät tekijät | - Kipulääkkeiden haittavaikutukset |
| - Hoitajien kiireys | - Kipulääkkeen tarpeen arvioiminen |

Hoitajat kokivat, että yleensä potilas ja omaiset suhtautuivat myönteisesti kivunhoitoon.

"...yleensä ihan hyvin ja aika monilla sekä potilailla että omaisilla on niin ku se, että tavoitteena olis sellainen kivuton olo..."

"...yleensä hyvin positiivisesti, että omaiset haluaa että potilaalla olis mahdollisimman kivuton olo ja potilas itsekin tietysti jos ne kivut ja tuskat on suuria niin haluaa sitten semmosta helpotusta siihen tilanteeseen..."

Mutta aina kaikki potilaat ja omaiset eivät suhtautuneet kivunhoitoon yhtä myönteisesti. Joskus omaiset kielsivät kipulääkkeen antamisen kokonaan tai halusivat, että käytetään vain miedompia kipulääkkeitä. Joskus omaiset eivät tunnistanee potilaan kipuja ja siten eivät ymmärtäneet miksi kipulääkettä annetaan. Myös potilaat saattoivat kieltäytyä kipulääkityksestä, koska pelkäsivät sen aiheuttavan riippuvuutta.

"...samoin sitten myös omaisissa on joskus semmosia omaisia, jotka kieltävät kipulääkityksen omaiseltaan..."

"...mut kyllä on niitä jotka siihen niin ku negatiivisesti suhtautuu omaiset, ku ne tykkää että äitille ei mitään disperiniä vahvempaa saa antaa missään vaiheessa..."

"...no tietysti joku potilaat kieltäytyy, ne pelkää niin hirveesti sitä riippuvuutta..."

"sitten on niitäkin, jotka ei niin ku, varsinkin omaisten suhteen että ne ei niin ku jos potilas ite ei valita heille niin ku heidän täällä ollessaan sitä kipua, niin ei ne tahdo sitten uskoa myöskään sitä et no joo se on kipee, no minkä takia sille annetaan niitä lääkkeitä"

Potilailla ja omaisilla saattoi olla ennakkoluuloja kipulääkkeitä kohtaan, varsinkin opioideja, joka sitten osaltaan asetti haasteita. Opioideja ei myöskään aina mielletty kipulääkkeiksi vaan huumeiksi. Potilas saattoi kieltäytyä esimerkiksi morfiinista, koska pelkäsi sen haittavaikutuksia ja riippuvuutta. Mutta kipulaastareihin saatettiin sitten taas suhtautua myönteisemmin.

"...mutta sitten on taas niitäki jotka on niin ku just ku kuulee sanan morfiini niin se kuulostaa niin kauheelta että se on joku huume et se ei oo mikään kipulääke, ku monille se ainaki vanhoille ihmisille se kuulostaa et ne ei niin ku miellä et se on myös niin ku kipulääke et se on vaan huume..."

"...se on aika hankala tilanne kyllä jos tulee tällöisiä ristiriitoja ja että varsinki nää tällöiset huumelääkkeet, että on niin kauheet ennakkoluulot sanaa morfiini, että sehän on semmonen mikä salpaa hengityksen siinä siunaamassa ja aiheuttaa riippuvuutta välittömästi..."

"...mutta sitten on näitä poikkeuksia, sellaisia joille sitten on just esimerkiksi tästä morfiinista se, että se sitten salpaa sen hengityksen ja näin, et se on

*nyt joo, et se on varmaan nyt menoo kun on morfiinia saanu tai sitä ruve-
taan antamaan niin on niitä, jotka on niin kuin ennakkoluuloisia varsinkin
just morfiinia kohtaan, mutta sitten näihin kipulaastareihin ja näihin niin
suhtautuu moni aika paljon positiivisemmin sitten kuitenkin vaikka periaat-
teessa on niin ku samaa ainetta..."*

Joskus potilas saattoi myös pelätä injektioita, eikä siksi halunnut tiettyjä lääkkeitä. Tällöin voitiin valita toinen antoreitti.

*"...pistämistä kohtaan tietysti jollakin saattaa olla, mut sehän ei oo tieten-
kään pakko pistää, et on muitaki tapoja antaa sitä kipulääkettä, Et vähän sit
senki mukaan, että jos se potilas itte on esimerkiksi pistämistä vastaan niin
ei häntä nyt sit väkisin pistetä, että on suppoja ja tabletteja jos niitä pystyy
ottamaan ja nestemäisiä lääkkeitä..."*

Lääkäreistä johtuvat tekijät koettiin myös kivunhoidon haasteena. Yleensä sairaanhoitajien ja lääkärin näkemykset riittävästä kivunlievityksestä olivat kuitenkin yhtenevät. Mutta hoitajista viisi mainitsi kuitenkin ongelmatilanteet lääkärin kanssa. Lääkäri ei määrännyt aina tarpeeksi kipulääkettä ja päivystävän lääkärin kanssa asioiminen koettiin ajoittain vaikeaksi. Kaksi hoitajaa oli sitä mieltä, että lääkärit, joilla ei ollut riittävästi kokemusta kivunlievityksestä, eivät uskaltaneet määrätä tarpeeksi kipulääkettä.

*"...mutta sitten on näitä nuoria lääkäreitä, jotka nyt ei uskalla esimerkiksi
buranaa antaa kun kirjassa sanotaan, että kolme kertaa päivässä niin sitä-
hän ei sit saa antaa neljää kertaa..."*

*"...ja sit voi olla et on uudet lääkärit et ne ei aina, tai siis semmoset jotka ei
oo vielä kuolevia potilaita hoitanu niin siellä voi olla aika varovaista se ki-
vunlievitys..."*

"sitten joittenkin lääkäreiden kanssa kyllä tulee niin ku ja pitää niin ku oikeen pitää vääntää että...että siis täytyy niin ku taistella siitä potilaan oikeudesta saada sitä kipulääkettä"

Jos potilaalle ei ollut määrätty tarvittaessa annettavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei ollut riittävästi ja piti ottaa yhteyttä päivystävään lääkäriin, koettiin tämä joskus vaikeaksi.

"...mut tietysti sit jos joutuu oikeen paljon pistään ja useesti niin sitten pitää ottaa yhteyttä sinne lääkäriin, mut sit jos on joku päivystävä lääkäri, jolla ei oo itellä minkään näköstä kivunhoitokokemusta, niin se on välillä kyllä tosi vaikeeta, koska he ei sitten oikeestaan lupaa sitä lääkettä..."

"...se on aina helpompi jos tosiaan siellä on jo lääkelistalla niin tarvittavat lääkkeet, koska sitten niin, se on aina vaikeempi asioida päivystävän lääkärin kans ku osaston oman lääkärin kanssa..."

Lisäksi hoitajat kokivat vaikeaksi sen, että lääkärit eivät nähneet potilasta tarpeeksi usein. Tällöin lääkärille tuli kuvailla potilaan kipua tarpeeksi tarkasti, joka ei aina ollut helppoa. Lisäksi mainittiin myös, että joskus potilas jännittää lääkärin tapaamista ja kieltää tälle olevansa kipeä, vaikka hoitajat huomaavat potilaan olevan kivuissa.

"...ku se lääkäri ei kuitenkaan niin ku näe niitä potilaita ku se käy täällä vaan kerran päivässä ja ei tapaa niitä potilaita niin se ei voi tietää niin ku eikä millasta se on välillä jos potilas on oikeen tosi kipee, et sairaanhoitajan pitäis sitten tosi tarkkaan niin ku kuvailla ja sit seki on vähän hankalaa kuitenkin et kuinka sä kuvailet sitten niin että ja pystyykö kuitenkaan täysin kuvaileen niin ku toisen ihmisen puolesta..."

"...ja sitten vielä se että usein ku se lääkäri sit menee sen potilaan luo ja kysyy, että ooksä kipee niin jollai tapaa se potilas niin ku pelkää sitä lääkäriä ja sanoo että en, vaikka me hoitajat nähdään et onhan se kipee..."

Yksi hoitajista mainitsi kivunhoidon haasteena kipulääkkeiden vaikutukset vatsantoimintaan.

”...sillon ku oli nuorempi hoitaja tai siis niin ku oli vähän vasta-alkaja, niin ei oikeen ymmärtäny sitä, et se vaikuttaa myös niin kun vatsantoimintaan, tulee hirveen kovaks vatsa näistä monesta kipulääkkeestä mut nykyään niitä on kehitelty, et siellä on nykyään myös mukana laksatiivejä...”

Haasteeksi mainittiin myös vaikeus tunnistaa potilaan kipua tai kipulääkkeen tarvetta, jos potilas ei kyennyt puhumaan.

”...haasteenahan just on sitten jos ei pysty niin ku itse sitä sanallisesti ilmaisemaan, niin ainahan se on sitten vaikeampi sitten arvioida, että onko siinä taustalla kipua vai mitä siinä on takana...”

Lisäksi yksi hoitajista koki, että hoitajien kiireys vaikeutti osaltaan kivunhoitoa, koska aina ei ehditty keskustelemaan potilaan kanssa.

”...vois olla enemmän aikaa keskustella potilaan kanssa, tahtoo kiire olemaan se joka kans niin ku jotenki vaikeuttaa tota kivunhoitoa...”

7.4 Kuolevan potilaan kivunhoidon kehittäminen

Kaksi hoitajaa koki, että kuolevan potilaan kivunhoitoa voisi kehittää lisäkoulutusten avulla. Yksi sairaanhoitaja kertoi, että koska kivunhoidossa käytettävät lääkkeet ja laitteet kehittyvät, olisi hyvä myös järjestää niistä koulutusta sairaanhoitajille. Toisen hoitajan mielestä taas kuolevan potilaan henkisen puolen hoitamisesta tulisi järjestää koulutusta, jotta osattaisiin tukea potilasta ja tämän omaisia paremmin. Tällä olisi myös vaikutusta potilaan kivun kokemiseen.

”...pitäis muistaa vielä se henkinen hoitaminen, että sillä on kuitenkin monesti hirveen tärkeä merkitys, että jos on jotenki ahdistunut niin se kaikki kipu tuntuu hirveen pahalta. Et siihen pitäis olla niin ku enemmän koulutusta ja

semmosia tukiverkkoja jollaki lailla henkilökunnalla ja potilaille ja omaisille, että tavallansa kaikki tuettais toisiamme ja potilasta tiettenki, että sillä lailla monesti mä luulen et kivunkin olis vähäsempiä..."

Lisäksi mainittiin, että lääkäreiden koulutuksissa tulevan tiedon olisi hyvä välittyä myös sairaanhoitajille. Lääkäreiden olisi hyvä olla mukana myös osastokokouksissa, jos hoitajat kokevat jotain ongelmatilanteita.

"...ja lääkäreiden koulutus. Paljonhan lääkäreitä koulutetaan, mut et se tieto tulis myös tänne osastolle meille sairaanhoitajille ja ne olis sit siellä sit aina niissä esimerkiks osastokokouksissa vois olla jotain, jos tulee jotain problemaattisia juttuja..."

Kipulääkkeen annossa koettiin voivan tehdä muutoksia. Kaksi hoitajaa sanoi, että kipupumppuja ja tipanlaskijoita voisi käyttää enemmän, koska tällöin potilas saisi kipulääkettä tasaisesti ja säännöllisesti.

"...mun mielestä vois käyttää enemmän just niitä kipupumppuja et niistä tulis sit koko ajan säännöllisesti sitä kipulääkettä..."

Lisäksi eräiden kipulääkkeiden annossa koettiin voivan tehdä toisin. Opiaatit annettiin osastolla useasti subkutaanisesti (s.c.) eli ihon alle, mutta yksi hoitajista koki, että injektioita voitaisiin antaa useammin intramuskulaarisesti (i.m) eli lihakseen tai intravenoosisti (i.v.) eli suonensisäisesti. Yksi vastaajista myös koki, että kipulaastareiden käyttöä voisi lisätä sellaisilla potilailla, jotka eivät kyetty enää ilmaisemaan kipuaan. Kipulääkeannoksia tulisi yhden sairaanhoitajan mukaan myös suurentaa varsinkin syöpäpotilailla.

"...justiin et täällä pistetään aika paljon morfiiniäki vaan niin ku subkutiseen et ei pistetä niin ku lihakseen eikä niin ku iv:sti..."

"...varsinki just noita määriäki et ku ne on tosi pieniä määriä et voi olla tosi, tosi sairas ja tosi...niin ku...tosi sairas ja syöpä on niin ku levinny pitkälle niin sit on vaan tosi pieniä määriä kipulääkettä, et vois niin ku ainaki jos vertaa vaikka keskussairaalaan niin on niin ku...vois niin ku suurentaa niitä kipulääkemääriä..."

Yksi hoitajista koki, että kuolevia potilaita hoidetaan osastolla liian aktiivisesti. Potilasta tulisi hoitaa enemmän kipulääkkeillä kuin esimerkiksi antibiooteilla. Myös palliatiivinen sedaatio tulisi yhden hoitajan mielestä ottaa käyttöön jo aikaisemmassa vaiheessa.

"...että liian aktiivisesti hoidetaan kuolevaa potilasta, siis kaikella muulla ku kipulääkkeellä, antibiooteilla sun muilla vitamiinilikuilla, että nämä kaikki sais olla niin ku pois..."

Yhden sairaanhoitajan mielestä, olisi tärkeää siirtää hiljainen tieto uusille sairaanhoitajille. Tämä voisi tapahtua hänen mukaan esimerkiksi järjestämällä vuosittain hoitajien kesken palaveri, jossa voitaisiin käydä yhdessä läpi asioita.

"...no hiljainen tieto, niin kun siirtyis uusille sairaanhoitajille olis hyvä, että vois ihan sanotaan nyt kerran vuodessa pitää joku tällänen keskustelufoorumi sairaanhoitajien kesken, ja mikä ettei lähihoitajat olis mukana myös..."

Toinen hoitaja koki, että tutkimusten, kuten opinnäytetöiden, avulla voidaan kehittää kuolevan potilaan kivunhoitoa. Lisäksi mainittiin, että parantamalla kuolevien potilaiden vuoteita hyvien patjojen ja tyynyjen avulla, olisi potilaan mukavampi olla vuoteessa.

"...olis sellaset sopivat tota niin niin sopivat just patjat ja näin, et kyllähän meillä on näitä joitakin erikoispatjojakin niin kun mahdollisuus saada, mut

et niin ku jos se et olis mahdollisimman hyvä sänky ja tyyny ja näin että olis niin kun hyvä olla siellä pedissä..."

Yksi sairaanhoitajista sanoi, että esimerkiksi VAS-mittareita voisi ottaa enemmän käyttöön, koska niitä käytetään osastolla harvoin. Hänen mielestä kivusta pitäisi myös raportoida enemmän.

"...voisi olla hyvä käyttää jotain apuvälineitä esimerkiksi asteikkoja, niitä ei käytetä täällä..."

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia sekä verrataan niitä aikaisempiin tutkimuksiin. Lisäksi pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja luetettavuutta sekä jatkotutkimus aiheita.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille teemahaastattelua käyttäen sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kuolevan potilaan kivunhoidosta. Koska tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siihen osallistui jopa seitsemän sairaanhoitajaa, viesti se, että vastaajat olivat kiinnostuneita aiheesta ja saatiin siten myös kattava aineisto. Aineiston keruumenetelmänä oli teemahaastattelu ja analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi, jolloin saatiin syvällistä tietoa tutkimustehäviin liittyen. Yhtenä tavoitteena oli saada tietoa ja selvittää sairaanhoitajien kokemuksia siitä, mikä kuolevan potilaan kivunhoidossa on tärkeää sekä mihin tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien työkokemuksilla oli pientä vaikutusta tutkimustuloksiin. Ensinnäkin sairaanhoitajat, joilla oli vasta vähän työkokemusta kuolevien potilaiden parissa, käyttivät kivun arvioinnissa useammin mittareita ja asteikkoja kuin sairaanhoitajat, joilla oli enemmän työkokemusta. Hoitajat, joilla oli enemmän työkokemusta, mainitsivat enemmän haasteita ja ongelmatilanteita kuin hoitajat, joilla kokemusta oli vähemmän. Lisäksi kokeneempien sairaanhoitajien mielestä kivun hoidossa olisi enemmän kehittämistä.

Merja Kuuppelomäki on tehnyt vuonna 2002 vastaavanlaisen tutkimuksen, jonka kohderyhmänä olivat 32 eri terveyskeskuksen sairaanhoitajat (n=326). Tutkimuksessa selvitettiin kuolevan potilaan hoitoa sairaanhoitajien arvioimana. Kyseinen tutkimus oli kvantitatiivinen, jonka aineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. Kuuppelomäen (2002, 243,247) tutkimuksessa käy ilmi, että sairaanhoitajat kokivat kuolevilla potilailla olevan usein kipuja, varsinkin syöpäsairauksista johtuvia. Vastaajista 68 % oli sitä mieltä, että kuolevilla potilailla on kipuja erittäin usein ja 11 % vastasi, että kipuja on aina. Oman tutkimukseni tulokset olivat samankaltaisia. Sairanhoitajat kokivat, että suurimmalla osalla kuolevista

potilaista esiintyy kipuja, varsinkin syöpäsairailta. Lisäksi myös potilaan perussairaudella ja syövän sijainnilla oli vaikutusta kipujen esiintyvyyteen ja voimakkuuteen.

Kuuppelomäen (2002, 247) tutkimuksessa käsiteltiin myös kivun arviointia. Yleisin menetelmä oli keskustelu potilaan kanssa. Mittareita tai asteikkoja käytettiin arvioinnissa erittäin harvoin. Tutkimuksessani ilmeni samoja piirteitä kivun arvioinnista. Sairaanhoitajat käyttivät arvioinnissa usein keskustelua potilaan kanssa sekä potilaan omaa arviota kivusta tai he arvioivat kipua potilaan ulkoisista piirteistä, kuten ilmeistä tai hikisyydestä. Kaksi sairaanhoitajaa sanoi käyttävänsä arvioinnissa mm. VAS-asteikkoa. Toisin sanoen mittareiden tai asteikkojen käyttö ei ollut yhtä harvinaista kuin Kuuppelomäen tekemässä tutkimuksessa, mutta tulee kuitenkin ottaa huomioon, että tutkimusten luonteet eroavat toisistaan, sillä Kuuppelomäen tutkimus on määrällinen ja omani laadullinen. Joten tutkimustuloksia ei voi täysin verrata toisiinsa. Kuuppelomäen tutkimuksessa ei mainittu kivun arvioinnista potilaan ulkoisista piirteistä.

Tutkimuksessani haastateltavat sairaanhoitajat kokivat kuolevan potilaan kivun hoidossa tärkeäksi kivun tunnistamisen ja lääkehoidon. Kivun lääkehoidossa tärkeää oli ennakoiminen, lääkkeen säännöllinen antaminen, sopiva valmiste, tarvittaessa annettavat lääkkeet sekä vasteen arvioiminen. Kuuppelomäen (2002, 247-250) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat, että asentohoito oli yleisin kivun hoitomenetelmä. Lisäksi sairaanhoitajien mielestä kipulääkettä annetaan ympärivuorokautisesti jos potilaan kivut sitä vaativat, kivun hoito tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä, kivun hoito suunnitellaan yksilöllisesti sekä kipua seurataan jatkuvasti. Omassa tutkimuksessani lääkkeettömistä hoitomenetelmistä esille nousi useimmiten hoitajan läsnäolo ja kosketus. Hoitajista vain kaksi mainitsi asento-hoidon.

Tutkimuksessani kartoitettiin myös sairaanhoitajien näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta. Sairaanhoitajien mielestä palliatiivinen sedaatio oli hyvä kivun hoitomenetelmä tilanteessa, jos kuolevan potilaan kipua ja kärsimystä ei saatu enää muilla keinoilla lievitettyä. Belgiassa on tutkittu hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta. Bilsen, Deliens Deschepper, Mortier ja

Rys (2013) tekivät laadullisen tutkimuksen Flandersissa hoitokoteihin, joissa hoidettiin myös kuolevia potilaita. Tutkimuksessa kerrotaan sedaation olevan yleinen käytäntö elämän loppuvaiheen hoidossa Belgiassa, jossa sen käyttö on lisääntynyt huomattavasti vuodesta 2001 vuoteen 2007. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Flandersin kaupungin hoitokotien lääkärit, sairaanhoitajat ja lähihoitajat (n= 48). Hoitajat kokivat, että mikäli kyseessä oli nimenomaan kuoleva potilas, joka on psyykkisesti levoton, eivätkä mitkään muut keinot auta kärsimykseen ja kipuihin, olisi palliatiivinen sedaatio tällöin hyvä vaihtoehto. Samoja mielipiteitä nousi esille omassa tutkimuksessanikin.

Tutkimuksessani sairaanhoitajat kokivat kivun hoidossa haasteelliseksi potilaiden tai omaisten ennakkoluulot ja asenne vahvoja kipulääkkeitä kohtaan sekä sen, että lääkärit eivät aina määränneet potilaalle tarpeeksi kipulääkettä. Kuuppelomäen (2002, 249) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat samoja haasteita. Puolet sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että lääkärit määräävät morfiinia liian myöhään sekä noin joka kolmas oli sitä mieltä, että annokset olivat liian pieniä. Lisäksi suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että potilaan vastustuksen takia siirtyminen morfiinin käyttöön pitkittyi.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

American Nurses Association on julkaissut vuonna 1995 eettiset ohjeet, joita tulisi noudattaa hoitotieteellisen tutkimuksen teossa. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa lisäksi Suomessa vuonna 1964 annettu Helsingin julistus, joka myös turvaa tutkimuksen eettisyyttä. Vaikka Helsingin julistus oli suunniteltu alun perin ohjaamaan lääketieteellistä tutkimusta, käytetään sitä myös hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyden ohjenuorana. Lisäksi hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa lainsäädäntö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173, 175-176.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 176) mainitsevat teoksessaan, että tutkimusaiheen valinta on jo yksi eettinen ratkaisu. Tässä tutkimuksessa aihe tuli työelämässä ehdotuksena tutkimusaiheelle sitä kysyttäessä. Aiheen valintaan vaikutti sekä tutkijan oma kiinnostus aiheeseen että tieto siitä, että kyseiselle aiheelle on osoitettu mielenkiintoa jo ennen tutkimusta kyseisessä yksikössä. Kyseinen

tutkimus nähtiin hyödyllisenä sekä tutkijan että tutkittavan yksikön hoitajien mielestä. Koettiin, että tutkimus kokoaa yhteen osaston sairaanhoitajien näkemyksiä kuolevan potilaan kivun hoidosta, minkä hoitajat kokevat siinä vaikeaksi ja mitä voitaisiin kehittää.

Ennen varsinaista tutkimusta tutkija laati tutkimussuunnitelman, joka lähetettiin sairaalan ylihoitajalle, joka esitteli työn koti- ja laitoshoidon tulosalueen johtajalle. Tutkimussuunnitelmassa esiteltiin teoreettinen viitekehys, tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja toteutus sekä teemahaastattelun runko. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu, koska kohderyhmänä oli hoitohenkilöstö eikä potilaat. Helsingin julistuksen mukaan tutkimukseen osallistuvien oikeuksien turvaamiseksi, ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tutkittaville tulee antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta, kuten muun muassa tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174, 181). Tutkimussuunnitelma oli siten luettavissa myös osastolla, jotta kaikilla osallistujilla oli mahdollisuus tutustua tarkoin tulevaan tutkimukseen. Vasta tutkimussuunnitelman hyväksyttyä aloitettiin aineiston keruu eli teemahaastattelut.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 177) mukaan itsemääräämisoikeus on osallistumisen lähtökohta. Tämä tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä milloin tahansa. Vapaaehtoisuutta korostettiin tutkimukseen osallistuville henkilöille ennen tutkimusta ja painotettiin, että siitä voi myös kieltäytyä. Lisäksi saatekirjeen (Liite 2) mukana, joka lähetettiin osastonhoitajalle, oli suostumuslomake, johon kerättiin osallistujien nimet. Lomakkeesta kävi ilmi tutkimuksen vapaaehtoisuus. Lomaketta säilytettiin osastolla, jotta se ei päätyisi vahingossakaan väärin käsiin, koska lomakkeesta kävi ilmi tutkittavien nimet. Kyseinen lomake olikin ainoa dokumentti, josta kävi ilmi osallistujien henkilöllisyydet. Ennen haastatteluita tutkittaville kerrottiin, että haastattelumateriaalia ei kuule eikä näe tutkijan lisäksi kukaan muu.

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa korostuu myös oikeudenmukaisuus, joka tarkoittaa, että kaikki tutkimukseen osallistuvat ovat tasa-arvoisessa asemassa. Tämä tulee ottaa tarkoin huomioon, jos tutkimuskohteena ovat potilaat tai asiakkaat, jotka saattavat kokea olevansa alisteisessa suhteessa. Tutkittavien henkilöiden

elämäntapoja, kulttuurisia uskomuksia sekä tapoja tulee kunnioittaa. Ei-toivottuja vastaajia ei saa sulkea otoksen ulkopuolella, jos tutkimukseen valitaan osallistujia jonkun yksittäisen henkilön toimesta eikä satunnaisotannalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Tässä tutkimuksessa vastaajat sekä tutkija olivat samanarvoisessa asemassa, varsinkin koska kaikki olivat saman ammattikunnan jäseniä.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 179) mukaan anonymiteetti on tärkeä asia, joka tulee huomioida tutkimusta tehdessä. Tutkittavien anonymiteettiä suojellaan siten, että tutkimustietoja ei anneta kenellekään ulkopuoliselle ja aineistoa säilytetään tietokoneella salasanan takana ja paperiaineistoja lukitussa paikassa. Ja koska laadullisessa tutkimuksessa käytetään raportoinnissa alkuperäisilmauksia, tulee arvioida, voiko niistä tunnistaa tietyn vastaajan esimerkiksi murteen perusteella. Tässä tutkimuksessa anonymiteettiä on suojeltu siten, että tietokoneella oleva aineisto oli käyttäjäsalasanan takana sekä tutkijan omalla henkilökohtaisella tietokoneella. Paperilla olevat materiaalit säilytettiin piilotettuna tutkijan kotona. Litteroiduista haastatteluista ei käynyt ilmi kenenkään tutkittavan nimeä. Tutkimuksen valmistuttua haastatteluäänitteet sekä aineisto tuhottiin. Koska aineisto ei ole kovin suuri, tutkittavien työkokemusvuodet on esitetty vain keskiarvona eikä vaihteluvälinä. Tutkittavien anonymiteetin suojaksi, tutkittavan yksikön nimeä ei mainita tutkimusraportissa. Organisaation nimen saa tutkimusluvan perusteella kuitenkin mainita.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 160) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin perustana käytetään Cuban ja Lincolnin 80-luvulla esittämiä arviointikriteerejä. Näitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuutta lisää se, kuinka tutkija on esittänyt tulokset ja ymmärtääkö lukija, kuinka miten analyysi on tehty. Tulokset tulisi kuvata selkeästi, jotta ne ovat ymmärrettävissä. Jos toinen tutkija haluaa toistaa tutkimuksen, tulee tutkimuksen siirrettävyys varmistaa. Tämä edellyttää sitä, että tutkimuskonteksti on kuvattu huolellisesti. Lisäksi tulee selvittää kuinka osallistujat on valittu, miten tutkimuksen aineisto on kerätty ja analysoitu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Tutkimukseen osallistui seitsemän sairaanhoitajaa, joka on melko suuri osallistujamäärä ottaen huomioon, että kyseessä oli laadullinen tutkimus ja varsinkin kun aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Tällä tavoin saatiin kuitenkin kattava aineisto. Tutkittavien työkokemuserot auttoivat saamaan erilaisia näkemyksiä aiheista.

Koska yksi haastatteluista käytiin englanniksi, oli vaarana, että ymmärsikö tutkittava sekä tutkija tosiaan täysin teemahaastattelun aikana, koska kyseinen kieli ei ollut kummankaan äidinkieli. Tutkijalla ei myöskään ole aiempaa kokemusta käännöstoista, joten saatiinko litteroitu haastattelu käännettyä oikein? Englannin kielistä eikä käännettyä tekstiä näytetty kenellekään anonymiteetin suojan takia, joten varmistusta käännöksen oikeellisuudesta ei ole. Lisäksi saattoi jäädä joitain piilomerkityksiä ymmärtämättä tai tutkittava ei kyennyt kertomaan kaikkia näkemyksiä kielimuurin takia.

Vaikka tutkittaville kerrottiin, että haastatteluun käytettävää aikaa ei ole rajoitettu, saattoi ajan käyttö kuitenkin vaikuttaa osaltaan haastatteluiden laajuuteen. Lähes kaikki tutkittavat olivat tietoisia, että haastattelut tullaan litteroimaan myöhemmin. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että tutkittava ei halunnut puhua niin paljon, koska tiesi, että tutkija joutuu kirjoittamaan kaikki haastattelut auki ja halusi siten säästää tutkijan aikaa. Eli saivatko kaikki vastaajat kerrottua kaikki näkemyksensä tutkittavasta aiheesta?

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 159) kertovat, että koska laadullinen tutkimus tehdään usein vain yhden tutkijan toimesta eli työskentely tapahtuu pääosin yksin, saattaa tutkija tehdä virhepäätelmiä ja tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Tutkija saattaa vakuuttua liikaa tekemistään johtopäätöksistään, vaikka kyseessä saattaa olla holistinen harhaluulo. Tässä tutkimuksessa tätä on pyritty välttämään sillä, että johtopäätökset on tehty vasta tutkimustulosten raportoinnin jälkeen, jotta tutkijan tekemillä johtopäätöksillä ei ole raportoinnissa vielä merkitystä.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Sairaanhoitajat kokevat, että kuolevilla potilailla esiintyy usein kipuja. Kivun esiintyvyyteen vaikuttavat kuitenkin perussairaus ja syöpää sairastavilla kasvaimen sijainti ja levinneisyys.
2. Sairaanhoitajat kuvaavat, että kuolevan potilaan onnistuneessa kivun hoidossa potilaan kipu tunnistetaan ja ennakoitaan, potilaalle löydetään oikeanlainen kipulääkitys ja sen vastetta seurataan sekä potilaan ja tämän omaisten kanssa kommunikoidaan.
3. Sairaanhoitajat kokivat, että palliatiivista sedaatiota käytetään kuolevilla potilailla liian harvoin. Palliatiivista sedaatiota tulisi käyttää silloin, kun kuolevan potilaan kivut eivät lieviy muilla keinoilla ja potilas selvästi hyötyisi siitä.
4. Sairaanhoitajien mielestä kuolevilla potilailla on yleensä riittävä kivun hoito, mutta kaikkia potilaita ei saa täysin kivuttomiksi.
5. Sairaanhoitajat arvioivat kuolevan potilaan kipua yleensä kysymällä potilaalta suoraan. Lisäksi kipua arvioidaan potilaan ulkoisista merkeistä, fysiologisten mitausten avulla ja joskus erilaisilla arviointiasteikoilla.
6. Sairaanhoitajat kertovat käyttävänsä kuolevan potilaan kivun hoidossa lääkkeettömistä menetelmistä eniten läsnäoloa, kosketusta ja hieromista.
7. Sairaanhoitajat kuvaavat kuolevan potilaan kivunhoidossa haasteiksi lääkäreistä johtuvat tekijät, kipulääkkeen antoon liittyvät tekijät sekä potilaan tai omaisten asenne ja ennakkoluulot kipulääkitystä kohtaan.

8. Sairaanhoitajien mielestä kuolevan potilaan kivun hoitoa voisi kehittää hoitajien lisäkoulutuksella sekä kipulääkkeiden antotavoissa tehtävillä muutoksilla.

Kuolevan potilaan kivunhoidon mahdollisia jatkotutkimusaiheita voisi olla seuraavat:

1. Kuinka kuoleva potilas itse ja tämän omaiset kuvaavat onnistunutta kivun hoitoa?
2. Kuinka sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemykset kuolevan potilaan kivun hoidosta yhtenevät ja eroavat toisistaan?

LÄHTEET

- Analgeetti. 2012. Terveyskirjasto. Viitattu 20.11.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00186
- Bilsen, J., Deliens, L., Deschepper, R., Mortier, F. & Rys, S. 2013. Justifying continuous sedation until death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium. *Geriatric Nursing*. Nro 34, 105-111.
- ETENE 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – Suunnitelmat ja toteutus, 6. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan selvitys. Viitattu 12.1.2012. <http://www.etene.fi/fi/aineistot/julkaisut/2012>.
- Granström, V., Elomaa, M., Estlander, A. & Kalso, E. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa *Kipu*, 105-106, 113. Toim. Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. Keuruu. Duodecim.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito, 15-16, 30. Helsinki. Edita Prima.
- Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-ops. Terveyskirjasto. Viitattu 19.11.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086
- Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M., & Salanterä S. 2006. Kivun hoitotyö, 7, 36-37, 83, 89-90, 107, 158-159, 183. Porvoo. WSOY.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Potilasohje. Viitattu 26.11.2012.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29227,29246>
- Hermoperäinen eli neuropaattinen kipu. 2008. Tohtori. Viitattu 19.11.2012.
<http://www.tohtori.fi/?page=0271342&id=4835564>
- Hänninen, J. 2001. Kipu. Kuolevan kipu ja kärsimys, 93, 98-99. Jyväskylä. Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. Oireet ja oirekokemukset. Saattopotilaan oireiden hoito, 16-18, 29-33, 88-89. Jyväskylä. Duodecim.
- Hänninen J. 2004. Saattohoito. Teoksessa *Palliativinen Hoito*, 311, 314. Toim. Hietanen P. & Vainio A. Saarijärvi. Duodecim.
- Hänninen, J. 2009. Oireiden lääkehoito. Opaslehtinen. Saattohoidon lääkeopas, 5, 24. Helsinki. TERHO-säätiö.
- Idiopaattinen kipu. 2008. Tohtori. Viitattu 19.11.2012.
<http://www.tohtori.fi/?page=0271342&id=3943332>
- Kalso, E. 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa *Kipu*, 181-189, 192-201. Toim. Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. Keuruu. Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimusprosessin vaiheet. Tutkimus hoitotieteessä, 96-97, 132-133, 135-136, 159-160, 173-177, 179, 181. Helsinki. WSOY pro Oy.

Koskinen, T. 2012. Kipu ja sen hallinta. Teoksessa Lääketietoa ammattilaisille, 363. Toim. Kurko, U. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan kivun hoito terveystieteissä sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede. Vol. 14 nro 5/12, 243-253.

Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 27.11.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../hoi50063#s12>

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.11.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. 2011, 1-3. Verkko-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 15.11.2012. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/214>.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu, 237-240. Toim. Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. Keuruu. Duodecim.

Pöyhä, R. 2002. Lämpöhoito kivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. Finnest vol 35 nro 1, 27. Viitattu 22.11.2013. http://www.finnanest.fi/files/a_poyhia.pdf

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Kivunhoito, 32-33, 166. Toim. Varti, A. Tampere. Tammi.

Vainio, A. 2004. Kivun hallinta, 39-40, 69, 75-80. Helsinki. Duodecim.

Liite 1

Teemahaastattelun runko

Esitiedot:

- Kuinka kauan olet toiminut sairaanhoitajana?
- Kuinka kauan olen ollut töissä saatto- ja kuolevien potilaiden parissa?

1. Millaista kuolevan potilaan hyvä kivunlievitys on?

- Millaista on onnistunut kivun hoito?
- Miten tähän päästään? Kokemuksia?
- Kuinka usein kuolevilla potilailla keskimäärin esiintyy kipuja? Koetko, että heilä on riittävä kivunlievitys?
- Mitä uuden sairaanhoitajan tulisi tietää kuolevan potilaan kivunlievityksestä?
- Koetko voivasi helpottaa potilaan kipua jollakin ei-lääkkeellisellä menetelmällä? Kuinka?
- Mitä mieltä olet palliatiivisesta sedaatiosta?

2. Kuinka kuolevan potilaan kipua ja kivunhoitoa arvioidaan?

- Kuinka arvioit potilaan kipua? Käytätkö arvioinnissa jotain mittaria esim. VAS-asteikkoa?
- Entä jos potilas ei kykene ilmaisemaan itseään sanallisesti?
- Kuinka arvioit kivunhoidon onnistumista?

3. Mitä haasteita kuolevan potilaan kivunlievityksessä on?

- Koetko kivunhoidossa jonkin asian vaikeaksi?

- Kuinka potilas itse ja tämän omaiset yleensä suhtautuvat kivunlievitykseen?
- Koetko, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemykset riittävästä kivunlievityksestä ovat yhtenevät?

4. Kuinka kuolevan potilaan kivunlievitystä voisi kehittää?

- Kuinka kivunhoitoa voisi kehittää omassa yksikössäsi?
- Tulisiko esim. kivunhoidosta järjestää enemmän lisäkoulutusta?

Liite 2

Saatekirje osastonhoitajalle

Olen viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyöni kuolevan potilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyöni tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä kuolevan potilaan kivunhoidosta sekä kuvata kuinka sairaanhoitajat arvioivat kipua ja kivunhoidon onnistumista. Tutkimuksen aineisto kerätään teemahaastatteluina helmi-maaliskuussa 2013. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, jotka nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien antamat haastattelut käsitellään luottamuksellisesti sekä anonyymisti koko tutkimuksen ajan, lisäksi aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Pyytäisin Teitä välittämään tietoa tutkimuksesta osastonne sairaanhoitajille ja löytämään mahdollisimman monta vapaaehtoista. Lisäksi pyytäisin Teitä, että keräisitte tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien nimet ja puhelinnumerot seuraavalle lomakkeelle, jotta voin sopia heidän kanssaan tarkemmin haastattelun ajankohdan. Tarvittaessa voin myös tulla käymään osastolla.

Vaasassa 21.1.2013

Sari Yliaho

Vaasan Ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

puh. 050 5486441

sarge88@hotmail.com

Päivi Autio

Opinnäytetyön ohjaaja, lehtori

Vaasan ammattikorkeakoulu

puh.020-7663 308

paivi.autio@puv.fi

Liite 3

Haastatteluaineiston pelkistäminen ja luokittelu.

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKIS- TETTY | ALAKA- TEGORIA | YLÄKA- TEGORIA | PÄÄKA- TEGORIA |
|---|--|--|---|------------------------------|
| "se on semmonen rauhalli- nen...hmm...rauhallis- uus ja semmonen tyy- neys mikä on" | Potilaan rauhalli- suus. | Potilaan ul- koinen ole- mus kipu- lääkkeen annon jäl- keen | Kivun hoi- don vasteen arviointi | Kivun arvi- ointi |
| "tietysti niin lähinnä se että sekin että onko kuinka rauhallinen sillä lailla, että monta kertaa sit rauhottuu muutenki ku ei oo kipee enää" | Potilas on rauhalli- nen. | | | |
| "ei oo niin ku tuska- sen näköinen" | Potilas ei näytä tus- kaiselta. | | | |
| "Potilas on yleensä sillon rento ja relak- soitunut" | Potilas on rentoutu- nut. | | | |
| "Potilaan voi olla ihan ruokahalu parantunu ja, se vaikuttaa monen asiaan, että kivunhoito on kunnossa" | Hyvä ki- vunhoito vaikuttaa moneen asiaan esim. poti- laan ruo- kahalu on | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | parantu- nut. | | | |
| "miltä se potilas näyt- tää, onko se sitten levollinen sen kipu- lääkkeen saamisen jälkeen " | Potilaan ulkoinen olemus kipulääk- keen saa- misen jäl- keen. | | | |
| "tosiaan se ulkoinen olemus mikä potilaal- la on" | Potilaan ulkoinen olemus. | | | |
| "hengityksestä aika paljon pystyy päätte- lemään, pulssista" | Hengityk- sestä ja pulssista päättele- minen. | Fysiologis- ta mittauk- sista päätte- leminen ki- pulääkkeen annon jäl- keen | | |
| "No että potilas on tyytyväinen, rauhalli- nen" | Potilas on tyytyväi- nen ja rauhalli- nen. | Potilaan mieliala ki- pulääkkeen antamisen jälkeen | | |
| "mieliala on suhteelli- sen hyvä" | Potilaan mieliala on suhteel- lisen hyvä. | | | |